



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

Franciane Wessner Padilha Buch

**AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO NASF
DE SANTA CATARINA**

Florianópolis
2014

Franciane Wessner Padilha Buch

**AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO NASF
DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador:

Prof. Dr. Sergio Fernando Torres de
Freitas

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Buch, Franciane Wessner Padilha.

B918a Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina/, Franciane Wessner Padilha Buch; Orientador, Sérgio Fernando Torres de Freitas. - Florianópolis, SC, 2014.
112 p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. NASF. 2. Fisioterapia. 3. Avaliação. 4. Atuação Profissional. 5. Perfil Profissional. I. Freitas, Sérgio Fernando Torres de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.



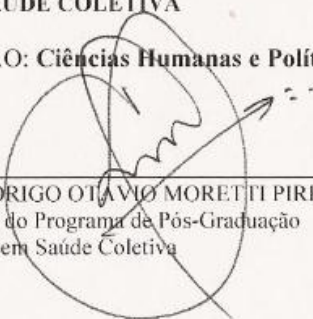
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

"Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina"

Franciane Wessner Padilha Buch

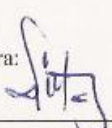
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas Públicas**

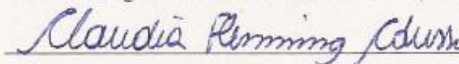


PROF. DR. RODRIGO OTÁVIO MORETTI PIRES
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

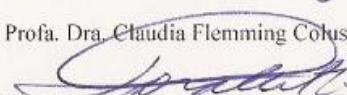
Banca Examinadora:



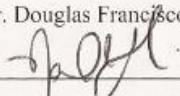
Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas (Presidente)



Prof. Dra. Claudia Flemming Colussi (Membro)



Prof. Dr. Douglas Francisco Kowaleski (Membro)



Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli (Membro)

*A minha família, minha mãe e meu
irmão por todo apoio e exemplo de força e
determinação.*

*A meu esposo, Rodrigo, por estar ao
meu lado apoiando em todos os meus sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Sergio Fernando Torres de Freitas, que sempre soube transmitir calma e serenidade, além de todo seu conhecimento, orientando da melhor forma possível e com muita paciência.0

A minha mãe e ao meu irmão, por estarmos juntos sempre mesmo não fisicamente, incentivando e torcendo pelo meu sucesso.

Ao Rodrigo, que com toda a compreensão, companheirismo e carinho em todos os momentos, apoiando nas realizações dos meus sonhos.

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva da UFSC pelos ensinamentos repassados ao longo desta jornada.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos de aprendizado e troca de conhecimentos.

Agradeço a todos os envolvidos diretamente ou indiretamente na confecção deste estudo: aos funcionários do Departamento de Saúde Coletiva, aos participantes da pesquisa que de maneira muito simpática apoiaram a ideia e colaboraram com a elaboração da pesquisa.

A todos os amigos pessoais, que de alguma forma sempre me ouviram ao conversar sobre o mestrado, em especial minha amiga Roberta que em muitas horas de conversas virtuais, divertia ainda mais as minhas tardes de estudo.

Enfim, muito obrigada!

BUCH, Franciane Wessner Padilha. **Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina**. 2014. 112f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Fernandes Torres de Freitas

RESUMO

Este estudo é caracterizado como uma pesquisa avaliativa, sobre a atuação fisioterapêutica nos NASF de Santa Catarina, no período de agosto de 2012 a junho de 2013. Para a elaboração do modelo teórico-lógico da pesquisa baseou-se no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com referencial para a atuação dos profissionais elencados aos atendimentos dos NASF. A partir do modelo teórico-lógico desenvolvido, elaborou-se a Matriz Avaliativa, com duas dimensões: Atividades Pedagógicas, que apresentam objetivos comuns ao profissional fisioterapeuta e a equipe do NASF; e a dimensão Atividades Assistenciais que é relacionada com atividades específicas do fisioterapeuta. Os principais resultados foram a caracterização de um perfil profissional dos fisioterapeutas que atuam nos NASF, e uma análise de sua atuação dentro deste processo. O perfil profissional aponta para predomínio do gênero feminino, com remuneração menor para este em relação ao gênero masculino, carga de trabalho total maior que a indicada na legislação e bom nível de satisfação com sua atuação. Em relação a sua atuação profissional, os resultados mostraram que a atuação dos fisioterapeutas nos NASF de Santa Catarina apresenta um baixo grau de eficácia, com predomínio de conceitos “regular” e “ruim”, indicando atuação deficiente em diversos aspectos propostos pela pesquisa. Estes achados refletem questões relacionadas com deficiências do próprio NASF, estruturais ou de processo de trabalho; características da formação e prática da Fisioterapia no Brasil, ainda muito voltada à reabilitação e com dificuldades de compartilhamento do trabalho na Atenção Primária; e a escassez de oferta de serviços de Fisioterapia no SUS, pressionando os profissionais a oferecer respostas assistenciais na maior parte do tempo.

Palavras-chave: NASF. Fisioterapia. Avaliação. Atuação Profissional. Perfil Profissional. Santa Catarina.

ABSTRACT

This study is characterized as an evaluative research on physiotherapy performance in NASF of Santa Catarina , in the period from August 2012 to June 2013. To elaborate the theoretical and logical research model was based on the Book of Primary Care Ministry Health , with reference to the work of professionals listed to calls from NASF . From the theoretical and logical model developed , elaborated the Matrix Evaluative, with two dimensions : Pedagogical Activities that have common goals to the physiotherapist and the NASF team ; Relief Activities and dimension that is related to specific activities of the physiotherapist. The main results were featuring a professional profile of physiotherapists working in NASF , and an analysis of its performance in this process . The professional profile points to a predominance of females with lower pay for this in relation to the male gender , total workload greater than indicated in the legislation and good level of satisfaction with their performance . In relation to their professional practice, the results showed that the performance of therapists in NASF Santa Catarina has a low level of efficiency , with a predominance of " regular" and " bad" concepts , indicating poor performance in many aspects proposed by the study . These findings reflect issues related NASF own failures , structural or work process ; characteristics of the training and practice of physical therapy in Brazil , still very focused on rehabilitation and hard of work sharing in Primary Care ; and shortages of Physiotherapy services in SUS , pressing healthcare professionals to offer answers most of the time.

Keywords: NASF. Physiotherapy. Review. Professional performance. Professional Profile. State of Santa Catarina.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organograma dos Municípios de Santa Catarina.....	43
Figura 2: Modelo Teórico-Lógico da Avaliação da Atuação do Fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina.....	46

Artigo I:

Figura 1. Relação de Rendimento Médio Mensal e Grau de Satisfação dos Fisioterapeutas do NASF de SC.	63
Figura 2. Relação de Sexo e Rendimento Médio Mensal dos Fisioterapeutas do NASF de SC.....	64

Artigo II:

Figura 1. Modelo Teórico-Lógico da Avaliação da Atuação do Fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina.....	76
Figura 2. Resultados da avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina.	76
Figura 3. Resultados da avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de SC conforme juízo de valor.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características dos NASF Federal X NASF Estadual.	42
Quadro 2: Municípios com NASF e Fisioterapeuta atuantes.	44
Quadro 3: Matriz Avaliativa: dimensões, subdimensões, indicadores, medidas, e parâmetros para avaliação da atuação fisioterapêutica nos NASF.	49

Artigo I:

Quadro 1. Características de formação dos Fisioterapeutas do NASF de SC (n=17).	62
Quadro 2. Distribuição de frequências de jornada de trabalho e satisfação dos Fisioterapeutas do NASF de SC.	62
Quadro 3. Distribuição de frequências da atuação dos Fisioterapeutas do NASF de SC.	63

Artigo II:

Quadro 1. Matriz avaliativa: dimensões, subdimensões, indicadores, medidas e parâmetros de análise.	78
Quadro 2. Classificação da eficácia da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina.	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	- Atenção Básica
ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
AP	- Atenção Primária
CNES	- Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
COFFITO	- Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	- Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
MS	- Ministério da Saúde
nasf	- núcleo de Atenção de Saúde à Família
NEPAS	- Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
PST	- Projeto Saúde no Território
PSF	- Programa Saúde da Família
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
SC	- Santa Catarina
SF	- Saúde da Família
sus	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL	23
3 NASF: criação e aspectos normativos	27
3.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	29
3.2 APOIO MATRICIAL	31
3.3 Clínica Ampliada	32
3.4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	32
3.5 PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO	33
4 FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA	35
5 OBJETIVOS	39
5.1 objetivo Geral	39
5.2 Objetivos Específicos	39
6 METODOLOGIA	41
6.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	41
6.2 Construção do Modelo Teórico-Lógico	45
6.3 RATIONALE	46
6.4 QUESTIONÁRIOS	50
6.5 ASPECTOS ÉTICOS	50
7 RESULTADOS	51
7.1 ARTIGO I - PERFIL DO FISIOTERAPEUTA QUE ATUA NO NASF EM SANTA CATARINA	52
7.2 ARTIGO II - AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO NASF DE SANTA CATARINA	65
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES	91
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ...	93

APÊNDICE B – Questionário de Avaliação do Perfil do Fisioterapeuta Atuante no NASF de Santa Catarina	95
APÊNDICE C - Questionário de Avaliação da Atuação Fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina	99
ANEXOS.....	103
ANEXO A – Quadro com informações do COFFITO sobre os Parâmetros de Assistência Fisioterapêutica Hospitalar, Ambulatorial e Domiciliar	105
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética - UFSC	111

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República promulgada em 1988 permitiu que a partir desta data a Saúde tornasse um dever do Estado e um direito de todos os cidadãos, sem exceções. A Lei Orgânica n. 8.080, de 1990 estabelece que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja regido por princípios doutrinários como a equidade no atendimento, integralidade da assistência e universalidade no acesso (BRASIL, 1990).

O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo (FREITAS, 2006); que ao longo da sua criação apresenta avanços, mas tendo a necessidade de ampliações.

Dentre essas ampliações surge a Atenção Básica (AB) que se caracteriza por várias ações realizadas pela Saúde da Família (SF) e dentro da AB é criada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se inicia para reorganizar a prática da SF com novas estratégias a fim de levar saúde para perto das famílias e poder proporcionar melhor qualidade de vida a essa população.

Em 2008, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio da Família (NASF); Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2008). O seu principal objetivo é apoiar essa Estratégia de Saúde da Família nos serviços de saúde pública do País, intensificando a área de atuação na Atenção Básica; na Promoção da Saúde; na Integração da Pessoa com Deficiência; na Alimentação e Nutrição; na Saúde da Criança e do Adolescente; na Atenção Integral à Saúde da Mulher; nas Práticas Integrativas e Complementares; na Assistência Farmacêutica; na Pessoa Idosa; na Saúde Mental; na Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social. A característica dos profissionais que formam o NASF se faz pela participação daqueles que em um primeiro momento não participavam do rol de profissionais do PSF, e dentre estes se encontra o fisioterapeuta.

Entende-se que a constante evolução do sistema de saúde brasileiro faz com que fisioterapeutas sejam levados a repensar sua

práxis¹ para oferecer, de forma competente, possibilidades de atuação em todos os níveis de saúde, contribuindo, assim, com a melhoria da qualidade de vida e com o aperfeiçoamento do sistema. O papel do fisioterapeuta frente às necessidades da população deve ser constantemente repensado, pois sua atuação é fundamental para a boa qualidade da assistência básica em saúde.

O discurso que a Fisioterapia é uma profissão que já vem dos bancos acadêmicos com visão secundária e terciária ainda é marcante, mas percebe-se que profissionais engajados com a Saúde Pública estão mudando a visão e rompendo esta barreira, se fazendo presente na Atenção Básica (FREITAS, 2006).

O papel do fisioterapeuta apresenta grande importância para a AB, e a constante procura por estudos sobre suas formas de atuação nesta área, os poucos achados sobre o assunto, a necessidade de aprimorar os estudos na área torna oportuna à pesquisa sobre a atuação do profissional na Saúde Pública, uma vez que o fisioterapeuta está presente nas equipes de NASF não somente neste estado, mas em muitos municípios brasileiros. Diante do exposto, o presente estudo tem como pergunta central: como é a atuação do profissional fisioterapeuta nos NASF no Estado de Santa Catarina?

¹ Práxis: conceito que é utilizado em oposição ao de teoria; atividade de prática; ação; exercício.

2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal garantindo saúde para todos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) conhecido pela Lei Orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). Perante esta Lei, é sabido que o SUS propõe que a relação com o cuidado à saúde seja exposta por níveis de Atenção Básica, de Média Complexidade e de Alta Complexidade (BRASIL, 2006).

Sendo assim pode se caracterizar a Atenção Primária por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, tendo como objetivo desenvolver uma atenção integral que tenha impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas envolvidas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Para a Política Nacional de Atenção Básica, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são considerados equivalentes, ainda associando a ambos os princípios e as diretrizes definidas no documento da política (BRASIL, 2011).

Alguns achados sobre Atenção Primária se oriunda da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, onde já se falava em cuidados essenciais à saúde, com tecnologias acessíveis, portanto levando a saúde para mais perto das pessoas (GOMES *et al.*, 2011).

Ainda para Starfield (2002), a atenção primária pode ser descrita como um nível sensível do sistema de saúde que oferecerá a entrada de novas necessidades e ocorrências, dando a atenção para todos.

Define se a Atenção Primária como o primeiro contato na rede de assistência no Sistema de Saúde, podendo ser compreendida por quatro atributos essenciais:

[...] o acesso (primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde), a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção e a coordenação do cuidado dentro do sistema. (BRASIL, 2010).

Na atenção primária os profissionais abordam os problemas rotineiros da comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para melhora e manutenção da saúde (STARFIELD, 2002).

Ainda, a mesma considera o sujeito como singular, tanto na complexidade como na integralidade e inserção sócio-cultural, buscando a promoção da saúde, prevenção e tratamento das enfermidades, como também a diminuição dos prejuízos e ou sofrimentos que possam comprometer a vida do usuário (BRASIL, 2006).

No Brasil, a partir da década de 90, o Sistema Único de Saúde (SUS) reformulou as prioridades que eram entendidas essenciais para a Atenção Primária à Saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 para ser a principal estratégia de implementação e organização da Atenção Primária (GOMES *et al.*, 2011).

Atualmente, o PSF é conhecido como a Estratégia Saúde da Família, onde tem a lógica do enfoque coletivo, quando a equipe de trabalho tem o dever do conhecimento da realidade do território atendido pela Unidade Básica de Saúde, promovendo ações conjuntas com os equipamentos governamentais e comunitários, discutindo os conceitos de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e promovendo a participação da comunidade em comissões locais e nos conselhos municipais (BRASIL, 2006).

A Estratégia Saúde da Família tem como principal objetivo uma reorganização e reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de forma a garantir aos cidadãos o acesso aos serviços de saúde, com base na promoção da saúde e no fortalecimento do vínculo com a comunidade; considerando a família como uma unidade de intervenção e conforme a disposição das equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde (BRASIL, 2006; BARBOSA, 2010).

Para a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006), a ESF tem como prioridades a consolidação e a qualificação do trabalho, considerada como ordenadora das redes de atenção à saúde do SUS. Na Portaria n. 2.488 de 2011, as redes de atenção à saúde são firmadas como estratégias para cuidados integrais e direcionados para as necessidades da população atendida (BRASIL, 2011).

As equipes atuantes da ESF têm como composição pelo menos um médico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde; podendo a ser ampliada por uma equipe de Saúde Bucal com a presença de um dentista, um auxiliar em Saúde Bucal e/ou um técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2010).

A equipe é responsável por acompanhar pelo menos quatro mil usuários da sua área de abrangência. A ESF tem como característica ser

a porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde em um território definido, com população delimitada, conhecendo o perfil epidemiológico e demográfico da área, e assim tendo como interferir nos fatores de riscos ao qual a comunidade atendida possa estar exposta e com isso oferecer atenção integral, permanente e de qualidade para os mesmos (BRASIL, 2010).

Resende *et al.* (2009), citam que os governos municipais e federal tem a corresponsabilidade pelo financiamento das equipes de SF. Nascimento e Oliveira (2010), também entendem que para resultados positivos na implantação da ESF, a presença destes outros profissionais é de grande importância, podendo alcançar a integralidade² da atenção e a interdisciplinaridade das ações.

² Integralidade: no SUS o termo é direcionado ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

3 NASF: CRIAÇÃO E ASPECTOS NORMATIVOS

Em 2008 é criado pelo Ministério da Saúde os Núcleos de Atenção a Saúde da Família (NASF) pela Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2008) e revisado no ano de 2011, pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro do mesmo ano (BRASIL, 2011). Criado principalmente para dar apoio a ESF na rede de serviços de saúde, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, tem como objetivos aumentar a resolutividade dela, reforçar os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2010).

O NASF é parte da Atenção Básica, porém não se estabelece como unidade física independente ou especial e também não é de livre acesso do usuário tanto em atendimentos coletivos como individuais.

O NASF é constituído por equipes formadas de diversas modalidades de profissões importantes para atuar em parceria com a ESF, podendo compartilhar as práticas em saúde nos territórios de responsabilidades destas equipes, e atuando como apoio a ESF e as unidades onde o NASF estiver cadastrado, portanto não se caracterizando como porta de entrada do usuário, e atuando de forma que se integre com as redes de serviços de saúde, conforme as demandas identificadas no trabalho agrupado com as equipes e/ou Academia da Saúde, a atuação de forma conjunta com as Redes de Atenção à Saúde e seus serviços (ex: CAPS, CEREST e Ambulatórios Especializados) também como outras redes de assistências como suas, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2011).

A composição do NASF também é referida na Portaria onde é classificado em duas modalidades para a sua formação, NASF1 e NASF2, não podendo ser implantada as duas formações ao mesmo tempo nos municípios e no Distrito Federal.

Constituem as equipes de NASF1 e NASF2 os profissionais de nível superior, que serão alocados conforme a necessidade das ESF sendo determinada pelo gestor, profissionais como Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico

Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2011).

No NASF1 a carga horária tem que se de no mínimo 200 horas semanais, sendo que nenhum profissional tenha carga horária menor que 20 horas semanais. Já no NASF2 a carga horária mínima fica em 120 horas semanais; onde o horário de trabalho da equipe de NASF seja coincidentemente a equipe de ESF (BRASIL, 2011).

Define-se o NASF1 e o NASF2 conforme o número de equipes da ESF que estarão vinculados, ou seja, para o NASF1 as suas atividades estão inseridas em no mínimo oito e no máximo quinze equipes de ESF, no NASF2 o mínimo passa para três e o máximo para sete equipes de ESF. Não esquecendo que cada NASF poderá ser vinculado para cada três polos do Programa Academia da Saúde onde será alocado um profissional da saúde da equipe do NASF que realizará atividades de até quarenta horas semanais ou dois profissionais da saúde realizando vinte horas semanais; sendo estes profissionais apropriados para as atividades propostas para o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011).

As Academias de Saúde devem ser utilizadas pelos profissionais do NASF como espaços que possam ampliar a capacidade de intervenção das equipes de atenção básica promovendo ações de promoção de saúde e fortalecendo o protagonismo dos grupos sociais nas possíveis condições vulneráveis (BRASIL, 2011).

A Portaria 2488/2011 cita que as equipes de SF e NASF tem responsabilidades compartilhadas na comunidade em que atuam, devem também primar pela plena integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS. Atividades como as discussões de casos, atendimentos conjuntos, interconsultas, construções de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussões dos processos de trabalho das equipes fazem parte do dia-a-dia dos integrantes das equipes de SF (BRASIL, 2011).

O NASF atua em nove áreas estratégicas da Política Nacional de Saúde, sendo elas a Atividade Física e Práticas Corporais, Práticas Integrativas e Complementares, Reabilitação; Alimentação e Nutrição, Saúde Mental, Serviço Social, Saúde da Criança, do Adolescente e do Jovem, Saúde da Mulher e a Assistência Farmacêutica (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica, considera o NASF como uma estratégia inovadora, que tem como objetivo o apoio, a ampliação e o aperfeiçoamento da atenção e da gestão na Atenção Básica e ESF (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 2488/2011 enfatiza que a organização do trabalho do profissional do NASF é orientada e pode ser seguida pelo Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde descrevendo diretrizes, processos de trabalho, ferramentas e ações de responsabilidades destes profissionais.

Em Santa Catarina encontra-se o NASF – SC, que atende aos municípios não condizentes aos parâmetros da Portaria GM nº 154, de 2008 (BRASIL, 2008). Os moldes do NASF SC são semelhantes ao NASF federal, suas diferenças estão em que no NASF SC1 contempla municípios de 4 a 7 equipes de SF composta por 3 ou mais profissionais com 40h semanais e o NASF SC2 contempla municípios com até 3 equipes de SF com 3 ou mais profissionais com 20h semanais. Os profissionais que fazem parte do NASF SC são o Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Médico Acupunturista, Homeopata, Pediatra, Ginecologista e Psiquiatra (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2009).

Em fevereiro de 2012 houve a deliberação para a transferência dos municípios catarinenses que participavam do NASF1 estadual para o NASF2 federal. Os municípios contemplados com a transferência tinham que estar vinculados com o mínimo de três (3) e o máximo de sete (7) equipes de SF, com financiamento estadual até a total regularização federal (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2009).

3.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

A atenção integral tem contribuição importantíssima para a organização do trabalho dos profissionais do NASF. Para Feuerwerker (1998, apud NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), houve a fragmentação do conhecimento ainda na formação dos profissionais da saúde, assim transcorrendo para a atuação profissional de cada um.

Segundo o Caderno de Atenção Básica, a integralidade é considerada a principal diretriz do NASF, sendo uma conduta que deve estar sempre presente nas atitudes do profissional (BRASIL, 2010).

A atenção integral tem a compreensão entendida por três sentidos sendo elas a abordagem íntegra do indivíduo considerando o contexto

social, familiar e cultural; as práticas de saúde organizadas partindo da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e a organização do sistema de saúde garantindo o acesso às redes de atenção, considerando as necessidades da população (BRASIL, 2010).

Mas além da integralidade, outros princípios e diretrizes norteiam as atividades do profissional do NASF, como a territorialização, educação popular e permanente em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, humanização e promoção da saúde (BRASIL, 2010).

Como já mencionado é o gestor de cada município quem decide quais são os profissionais que vão atuar no NASF que ali será implantado; organizando os processos de trabalho conforme as necessidades do território (SUNDFELD, 2010).

Algumas ações são prioritárias para a execução dos trabalhos dos profissionais do NASF; tais como:

- ✓ Atendimento Compartilhado consiste em uma troca de saberes, de intervenção interdisciplinar, capacitação e de mútuas responsabilidades. As experiências são divulgadas e assim ampliadas para todos. São realizados estudos e discussões das situações e casos que acontecem com os profissionais, o projeto terapêutico singular também é realizado neste momento, ainda há espaço para orientações, reuniões, consultas e intervenções conjuntas, apoio telefônico, email, entre outros.
- ✓ Intervenções específicas do profissional do NASF com usuários e/ou famílias onde primeiramente são realizadas discussões e negociações com as Equipes de Saúde da Família que são responsáveis pelos casos, para que desta forma o atendimento individualizado pelos profissionais do NASF seja realizada em casos extremamente necessários. Caso ocorra o atendimento da equipe do NASF, a equipe de SF continua mantendo o contato necessário para que não haja o descomprometimento do caso, assim redefinindo o tratamento realizado.
- ✓ Ações comuns nos territórios de sua responsabilidade são ações executadas de forma articulada com as equipes de SF conforme o desenvolvimento do Projeto de Saúde no Território, planejamento e apoio aos grupos, trabalhos educativos, inclusões sociais, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, igrejas, pastorais e outros).

Diante do processo de trabalho do NASF, a organização e desenvolvimento são dependentes das ferramentas tecnológicas já utilizadas na Atenção Básica tanto para o Apoio à Gestão com a Pactuação do Apoio, onde os profissionais do NASF assumam as responsabilidades em forma de cogestão; como para o Apoio à Atenção com o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST) (BRASIL, 2010; RODRIGUEZ, 2011).

3.2 APOIO MATRICIAL

Segundo Campos e Domitti (2007), o apoio matricial ou matriciamento em saúde tem como objetivo resguardar a retaguarda especializada das equipes e profissionais da saúde, ou seja, as equipes de SF tem apoio de especialistas para estabelecer o tratamento de seus pacientes quando necessário.

Em relação ao NASF, quando se fala em apoio, entende-se em uma compreensão tecnológica conhecida como apoio matricial ou matriciamento definido como arranjo técnico de assistência onde se visa aumentar o poder de clínica das equipes de SF, diminuindo o número indiscriminado de encaminhamentos para especialistas e aumentando a resolubilidade dentro do território que se atua (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

O matriciamento tende a ser uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, utilizando saberes e práticas especializadas, sem que o paciente saia da sua equipe de referência (BRASIL, 2004).

Os profissionais que compõem o matriciamento não necessariamente terão contato direto com os usuários e sim apoiarão as equipes de referência dentro da Unidade de Saúde. Ressalta-se que o apoio matricial é envolvido em dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico, onde na assistência tem a ação de clínica direta com os usuários e no técnico-pedagógico dar-se apoio educativo para a equipe, sendo reconhecidas essas ações em vários momentos (BRASIL, 2010).

Com isso, o NASF se propõe que no momento adequado, o conhecimento do especialista pode ser comum à equipe, sendo compartilhado a todos.

3.3 CLÍNICA AMPLIADA

A clínica ampliada é a condutora da atuação dos profissionais do NASF, e não consiste em aumentar a clínica no sentido literal da palavra, mas ampliar e compartilhar os conhecimentos de cada profissional que faz a composição da equipe do NASF (IGNÁCIO, 2011).

Sua proposta é direcionada a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde que atuam na prática de atenção aos usuários, onde os profissionais fazem um recorte, ou seja, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu conhecimento, e após este recorte há um ajuste dentre os profissionais para que seja determinado um melhor tratamento para cada usuário (BRASIL, 2004).

Pode-se caracterizar a clínica ampliada em movimentos como a Compreensão Ampliada do Processo Saúde-Doença, a Construção Compartilhada dos Diagnósticos e Terapêuticos, Ampliação do Objeto de Trabalho, Transformação dos Meios ou Instrumentos de Trabalho e Suporte para os Profissionais de Saúde (BRASIL, 2010). Os casos clínicos quando discutidos, principalmente quando se apresentam em graus mais complexos, geram um recurso clínico e gerencial importante para um bom resultado (BRASIL, 2004).

Para Sundfeld (2010), a clínica ampliada prevê, diferenciando para cada usuário, uma articulação entre o serviço de saúde e políticas públicas de saúde prevendo a promoção de saúde.

3.4 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Caracteriza-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um conjunto de condutas terapêuticas alinhadas para um sujeito único, ou um grupo/família com uma característica marcante que influencie na saúde, resultantes de pensamento coletivo da equipe de saúde. O PTS é geralmente realizado com casos mais graves, onde se reúnem todos os profissionais que definem propostas de ações (MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010).

Conforme o Caderno de Atenção Básica, o PTS é organizado em quatro momentos:

- ✓ Diagnóstico: que busca a avaliação que lhe possibilite a conclusão sobre o risco e vulnerabilidade do usuário, aproveitando o momento para entender como o usuário é

- “coproduzido” mediante doenças, interesses, trabalho, cultura, família e rede social;
- ✓ Definição de metas: construção de metas de curto, médio e longo prazo para apresentar ao indivíduo analisado;
 - ✓ Divisão de Responsabilidades: defini-se as atividades de cada profissional, assim facilitando a identificação de possíveis novos problemas e;
 - ✓ Reavaliação: discuti-se a evolução do caso e se necessário devidas correções (BRASIL, 2010).

3.5 PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO

A partir da identificação das áreas de risco ou população vulnerável, após casos recorrentes ou “interessantes” que possam indicar certos agravos, as equipes de Saúde da Família com o apoio da equipe do NASF utilizam da estratégia do Projeto de Saúde no Território (PST).

O PST é uma estratégia da ESF e NASF para a promoção de saúde nas áreas de risco, onde após as identificações dessas áreas trabalha-se para:

- ✓ Justificar a priorização da área e/ou população vulnerável ou em risco;
- ✓ Compreender o processo histórico e social singular do território que produz a vulnerabilidade/risco;
- ✓ Definir os objetivos das equipes de saúde em relação à área e/ou população (desejos, limites, possibilidade);
- ✓ Estabelecer as ações que serão efetivas para o alcance dos objetivos das ESF;
- ✓ Identificar os atores sociais e/ou instituições importantes para o projeto e que possam estar comprometidos com o mesmo.

Assim, o PST é um catalisador das ações locais para trabalhar na melhoria da qualidade de vida e diminuição das vulnerabilidades no território desejado. Ainda também auxilia no fortalecimento da integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

4 FISIOTERAPIA E A ATENÇÃO PRIMÁRIA

O nascer da Fisioterapia está atrelado ao advento das grandes guerras do século passado e devido a essa combinação, a atividade fisioterapêutica esteve sempre conectada a reabilitação de doenças, membros amputados e dores crônicas. A profissão foi regulamentada no Brasil em 13 de outubro de 1969, pelo Decreto-Lei nº 938, definindo-a por profissão de nível superior, de forma exclusiva das realizações dos métodos e técnica fisioterapêuticas com finalidades de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (BRASIL, 1969).

Em 1975, cria-se a partir da Lei nº 6.316, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com a incumbência de criar Conselhos Regionais, fiscalizar os exercícios das profissões citadas, fixar anuidades para sua manutenção, entre outras atividades não menos importantes (BRASIL, 1975). O Código de Ética Profissional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional é publicado pela Resolução nº 10 em 1978 firmando e dando as devidas responsabilidades ao profissional (COFFITO, 1978).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) descreve o fisioterapeuta como um profissional da saúde de nível superior que está habilitado para formar diagnóstico de distúrbios cinéticos funcionais, prescrever as condutas fisioterapêuticas que serão necessárias para realizar os tratamentos para os distúrbios diagnosticados, acompanhando a evolução do quadro e a partir das evoluções observados ter a capacidade de promover a alta do paciente (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

A Resolução COFFITO nº 80 trata da atividade profissional do fisioterapeuta que firma a ciência aplicada com foco nos estudos dos movimentos humanos, independente das formas e das ações patológicas, ainda considerando que o fisioterapeuta pode atuar conjuntamente com outros profissionais da Saúde, contudo que as técnicas da Fisioterapia são restritas a este profissional. A mesma resolução afirma que a Reabilitação se desenha em um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, que não se restringe a um só profissional, tentando promover o bem estar bio-psico-social do indivíduo que no momento é atendido (COFFITO, 1987).

A partir das atividades exercidas pelos fisioterapeutas, se viu a necessidade de classificar as especialidades destes profissionais devidamente registrados em seus Conselhos Regionais. Conforme a Resolução n. 377 que dispõe sobre as normas e procedimentos para o registro dos títulos, o fisioterapeuta deve ter pelo menos 2 anos de inscrição no Conselho Regional que lhe compete e ainda participar da Prova de Títulos e Exame de Conhecimento da área específica, afim de confirmar seus conhecimentos técnicos (COFFITO, 2010).

Dentre várias especialidades que encontra se na Fisioterapia, o que nos interessa neste momento é o título de Especialista em Saúde Coletiva, reconhecida desde 20 de maio de 2009, pela Resolução COFFITO n° 363, considerando que este profissional deve seguir as providências exigidas à Saúde Coletiva do Sistema de Saúde Brasileiro (COFFITO, 2009). A mesma ainda não está disciplinada, não nos permitindo esclarecer de fato quais são as reais providências que o Fisioterapeuta especialista em Saúde Coletiva deve realizar.

A Resolução n° 387 de 2011, fixa e estabelece os parâmetros assistenciais fisioterapêuticos em diversas áreas da profissão (ANEXO A), assim amenizando a falta de clareza em algumas resoluções que ainda não estão disciplinadas, além de firmar a carga horária máxima de 30h semanais. No âmbito da Saúde Pública determina-se que as atividades exercidas nesta modalidade são de responsabilidade do profissional que ali atua, não havendo regra, logo por não ter maiores especificações (COFFITO, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) em novembro de 2004 propôs a implantação dos Núcleos de Saúde Integral (NSI) que tinha por objetivo ampliar a resolubilidade e o avanço na integralidade das ações da atenção à saúde, com amplo acesso a Saúde Mental, Reabilitação e Atividades Físicas. Em julho do ano seguinte, o MS cria o Núcleo de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), pela Portaria n° 1065, com objetivo de ampliar a integralidade e resolubilidade da Atenção à Saúde. O NAISF era constituído por diferentes áreas, dentre eles a presença obrigatória do Fisioterapeuta (BRASIL, 2005)

De modo geral, muitas vezes o papel do fisioterapeuta se viu atrelado à reabilitação, o que vem de fato mudando ao longo dos anos. Existe contradição nas legislações que são expostas para a conduta do fisioterapeuta, pois ora descreve-se um profissional reabilitador, ora profissional de prevenção de doenças e promoção de saúde. Bispo Jr (2010) ainda lembra que a saúde teve um avanço muito grande, onde muitas das leis e resoluções para a atuação do fisioterapeuta foram confeccionadas em um tempo que só se via o paciente como um doente,

e hoje há a necessidade de se avaliar ao todo, não somente o indivíduo doente, mas o ambiente que lhe cerca, como também seu local de atendimento, como escolas, creches, unidades básicas de saúde, entre outros.

Para Rebelatto e Botomé (1999), o fisioterapeuta é primordial na realidade de saúde que se apresenta, por meio das terapias, prevenção, certa melhora ou cura total das mazelas, além de promoção e educação em saúde. Para os autores supracitados, o fisioterapeuta é um membro de extrema importância para a equipe de saúde, não esquecendo das suas aptidões e competências particulares da profissão.

Muitos são os municípios onde a Fisioterapia atua na Atenção Básica. Os casos mais clássicos são da região nordeste, como Sobral e Quixadá no estado do Ceará. Nos dois municípios o fisioterapeuta teve sua inserção no Programa de Saúde da Família, após obtenção de excelentes resultados oriundos de programas realizados por acadêmicos de Fisioterapia. O fisioterapeuta já é um profissional habilitado para atuar na Atenção Básica, a partir do conhecimento de não apenas curar, mas sim do profissional ter a obrigação de criar condições necessárias de saúde para o indivíduo atendido (MECCA Jr, 2008; BISPO Jr, 2010).

Para Ragasson *et al.* (1998), a fisioterapia na Atenção Básica auxilia na desmistificação de que a Fisioterapia é um tratamento somente para a parcela da população mais abastada e que quando se fala em Atenção Básica seria somente para os pobres. Para os autores, o fisioterapeuta junto a ESF deve atuar em ações de Vigilância Sanitária, contribuindo no planejamento e em estudos epidemiológicos, ainda na prevenção de doenças, evitando aos pacientes incapacidades funcionais laborais, promovendo programas coletivos de redução de acidentes no ambiente de trabalho; além de atuação do profissional em atividades como planejamento, implementação, controle e execução das políticas públicas, como também programas, cursos, pesquisas e eventos em Saúde Pública.

Ragasson *et al.* (1998) mencionam que o fisioterapeuta se torna importante na Atenção Básica também por suas competências inerentes a profissão, como a execução de ações integral em qualquer fase da vida do indivíduo, além de atendimentos domiciliares em pacientes com enfermidades crônicas e/ou degenerativas, e quando se faz necessário, encaminhar para o serviço de referência, além de atendimentos no desenvolvimento neuropsicomotor da criança com orientação aos pais e/ou cuidador, atividades para puérperas, climatéricas, idosos acamados, entre outras atividades.

Portes *et al.*, (2011) ao avaliar a atuação do fisioterapeuta na

Atenção Básica, por meio de revisão bibliográfica, notaram a identificação do profissional na mesma, mas ao mesmo tempo uma escassez de artigos que detalhassem as atividades. Os mesmos autores consideram que as atividades do fisioterapeuta na Atenção Básica devam ser reformuladas, ampliadas e mais bem discutidas com as equipes, trabalhando de forma interdisciplinar. Para Miranda (2011), o direcionamento educacional do fisioterapeuta não impulsiona o desenvolvimento científico e acadêmico destes profissionais, repercutindo nesta escassez de estudos relacionados a Fisioterapia e principalmente a Saúde Coletiva.

Percebe-se nestas publicações a inquietação com o pouco conhecimento e definição sobre o papel a ser exercido por este profissional, suas possibilidades de atuação e as formas de potencializar o seu papel. Esta lacuna ajuda a justificar a necessidade premente de estudos avaliativos, para contribuir com o conhecimento e resolução de algumas destas inquietações.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a atuação Fisioterapêutica no NASF no Estado de Santa Catarina.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estabelecer o perfil das equipes de NASF de Santa Catarina com a atuação do profissional de Fisioterapia;
- Desenvolver matriz avaliativa da atuação fisioterapêutica no NASF;
- Aplicar o modelo de avaliação nos NASF de Santa Catarina.

6 METODOLOGIA

6.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Este trabalho consiste em uma pesquisa avaliativa, que é conceituada como a realização de um julgamento *ex-post* de alguma intervenção utilizando métodos científicos para tal (CONTANDRIOPOULOS, 1994).

Para a confecção deste estudo foi realizado levantamento bibliográfico sobre a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica e também no NASF, com utilização de artigos publicados entre os anos de 2006 a 2012.

Foram utilizados os bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, que tem “*acesso livre e gratuito à informações técnico-científica gerada pelas instituições acadêmicas e pelo SUS*” (BIREME/OPAS/OMS, 2011). Atentou-se para o detalhe de dar ênfase para produções brasileiras, devido a pesquisa ser sobre um programa do SUS, as buscas foram realizadas entre novembro de 2011 a agosto de 2012.

Para a busca foram utilizados os seguintes descritores (português, inglês e espanhol) básicos “Fisioterapia / Physical Therapy / Terapia Física”. “Atenção Básica à Saúde / Primary Health Care / Atención Primaria de Salud” e NASF. A composição dos termos foi feita para triagem, definindo-se “Atenção Básica e Fisioterapia”, “Fisioterapia e NASF”.

Analisando os descritores acima, para *Fisioterapia e NASF* foram encontrados três artigos, todos utilizados ao longo desse estudo. Para *Atenção Básica e Fisioterapia* foram localizados cento e quatorze artigos; após o filtro de datas (2006 a 2012), permaneceram cinquenta e nove artigos, dos quais quinze artigos foram utilizados no referencial teórico deste estudo e os demais descartados após leitura do título ou resumo. Quanto ao descritor *NASF* foram encontrados quatorze artigos na língua portuguesa, já que se trata de um programa nacional, aproveitados seis destes artigos.

Como já mencionado neste estudo, o estado de Santa Catarina apresenta uma modalidade diferenciada do NASF, onde o próprio estado

contempla municípios que não estão adequados para a participação do modelo federal. Sendo assim no presente estudo, houve o cuidado de analisar a situação destes municípios, bem como a diferenciação do NASF Federal para o NASF Estadual. No quadro a seguir estão as características dos NASF (Quadro 1).

Quadro 1: Características dos NASF Federal X NASF Estadual.

TIPO	CARACTERÍSTICAS DO NASF	
	FEDERAL	ESTADUAL
NASF 1	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculado a um mínimo de oito (8) e o máximo de quinze (15) equipes de SF • Soma das cargas horárias mínimas deve ser de 200 horas semanais • Cada profissional deve acumular mínimo de 20 e o máximo de 80 horas semanais de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculado a um mínimo de quatro (4) e o máximo de sete (7) equipes de SF • Composto por três (3) ou mais profissionais distintos • Com máximo de 40 horas semanais por profissional
NASF 2	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculado a um mínimo de três (3) e o máximo de sete (7) equipes de SF • Soma das cargas horárias mínimas deve ser de 120 horas semanais • Cada profissional deve acumular mínimo de 20 e o máximo de 40 horas semanais de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Vinculado até três (3) equipes de SF • Composto por três (3) ou mais profissionais distintos • Com máximo de 20 horas semanais por profissional

Após esta análise, optou-se por avaliar somente os municípios com NASF federal, uma vez que os NASF estaduais não tinham as características definidas pela legislação nacional, dificultando as comparações, e porque no decorrer da pesquisa a SES-SC optou por encerrar sua modalidade, obrigando os municípios a migrarem para o NASF federal ou encerrar seus núcleos.

Para melhor visualização criou-se um organograma da situação (Figura 1) e um quadro demonstrando quais são os municípios que o NASF e fisioterapeuta estão presentes (Quadro 2).

Para a identificação dos municípios com a participação do profissional de Fisioterapia foi realizada a pesquisa no CNES, observando nos municípios o quadro de Equipes de NASF. Dentre os 37 municípios que estão catalogados no programa, 25 contam com a presença do fisioterapeuta, nos demais municípios, 11 não contam com

a presença do mesmo e com 2 municípios não conseguimos contato e não apresentam notificações no CNES até agosto de 2012, pois tomou-se como critério utilizar as atualizações por semestres, onde em dezembro de 2012 o segundo semestre ainda não estava atualizado.

Figura 1: Organograma dos Municípios de Santa Catarina.



Quadro 2: Municípios com NASF e Fisioterapeuta atuantes.

Município	ENASF1	ENASF2	Fisioterapia	Municípios Participantes
420010 Abelardo Luz	1	-	1	
420140 Araranguá	1	-	1	
421280 Balneário Piçarras	-	1	1	1
420230 Biguaçu	1	-	1	
420245 Bombinhas	-	1	x	
420290 Brusque	1	-	3	1
420350 Campo Erê	-	1	x	
420420 Chapecó	4	-	9	1
420460 Criciúma	3	-	3	1
420540 Florianópolis	7	-	2	1
420545 Forquilha	1	-	2	1
420590 Gaspar	1	-	1	1
420640 Guaraciaba	-	1	3	
420700 Içara	1	-	2	
420720 Imaruí	-	1	2	
420730 Imbituba	1	-	1	
420810 Itaiópolis	1	-	2	1
420830 Itapema	1	-	1	
420930 Lages	2	-	x	
420940 Laguna	1	-	2	1
421130 Navegantes	1	-	2	
421170 Orleans	1	-		
421190 Palhoça	3	-	1	
421200 Palma Sola	-	1	1	
421210 Palmitos	-	1	x	
421320 Pomerode	1	-	x	
421480 Rio do Sul	1	-	1	1
421630 São João Batista	1	-	1	1
421720 São Miguel do Oeste	1	-	1	
421750 Seara	-	1	x	
421800 Tijucas	1	-	2	1
421820 Timbó	1	-	2	1
421830 Três Barras	1	-	2	
421870 Tubarão	1	-	2	
421900 Urussanga	1	-	3	
421950 Xanxerê	1	-		
421970 Xaxim	1	-	1	1
Total	43	8	56	14

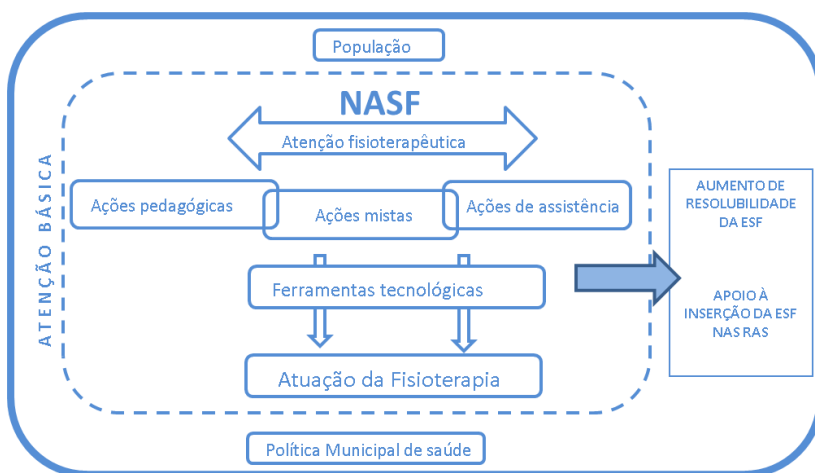
6.2 CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO-LÓGICO

A construção do modelo teórico-lógico ocorreu a partir de referencial teórico já exposto neste trabalho, e de discussões acadêmicos desenvolvidas durante a disciplina “Seminário de Avaliação em Saúde”, pertencentes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O Modelo Teórico é o desenho de por que e como os programas atuam na população (OLIVEIRA, et al, 2010). A construção do Modelo Teórico vem para descrever o problema, população atingida, e os contextos que envolvem o programa, ou seja, relacionam a teoria normativa aos efeitos das intervenções (OLIVEIRA *et al.*, 2010). A partir das Diretrizes da Atenção Básica, analisaram-se as características que o NASF se enquadra, lembrando que as políticas de saúde de cada município que será avaliado e o público alvo das unidades de saúde que compõem as equipes de NASF (população) também podem influenciar nos resultados. No modelo lógico, onde visualizamos as relações entre a intervenção e o efeito, encontra-se o programa do NASF propriamente dito relacionando as atividades que o fisioterapeuta atua.

Na Portaria GM nº 154 de 2008, que cria o NASF, não há determinação específica para o profissional fisioterapeuta exercer, a fim de desenhar o modelo lógico deste estudo, utiliza-se das responsabilidades gerais que são pré-definidas nas Diretrizes do NASF (BRASIL, 2008). Logo a Atenção Fisioterapêutica no NASF é definida por Ações Pedagógicas, que são atividades de aprendizagem das técnicas e abordagens gerais relacionadas a reabilitação e que possam ser exercidas por todos os profissionais da ESF, as Ações Mistas determinadas pelo desenvolvimento de ações de aprendizagem de conhecimentos fisioterapêuticas aos profissionais da ESF e as Ações Assistenciais que são as técnicas determinadas no rol das ações de reabilitação que são somente de competência do fisioterapeuta. Essas três ações com auxílio das ferramentas tecnológicas (clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto saúde no território, apoio matricial e pactuação do apoio) influenciam no resultado da atuação da Fisioterapia no NASF. Ainda como resultado final da atuação do profissional do NASF busca-se o aumento de resolubilidade da ESF e o apoio a inserção da ESF nas Redes de Atenção à Saúde - RAS (Figura 2).

Figura 2: Modelo Teórico-Lógico da Avaliação da Atuação do Fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina.



Após o modelo teórico-lógico elaborado, inicia-se a confecção da matriz avaliativa, onde apresentam-se critérios, indicadores e parâmetros para a futura avaliação. Para Colussi (2010), critério é definido como “aquilo que serve de base para comparação, julgamento ou apreciação”. No NEPAS, segue-se alguns critérios propostos por Sander (1995, apud SCARATTI, 2007) como eficácia, eficiência, efetividade e relevância para a elaboração das pesquisas de avaliação em saúde.

Para este estudo foi utilizado o critério da Eficácia, onde esta relacionada a habilidade do gestor em decidir sobre o cumprimento de metas estabelecidas em planos e pactos de saúde e protocolos clínicos (SANDER, 1995 apud SCARATTI, 2007).

6.3 RATIONALE

Ao elaborar a Matriz Avaliativa como produto inicial da pesquisa, utilizou-se dos conhecimentos do referencial teórico com respectivo *Rationale* das dimensões que serão avaliadas.

Rationale das dimensões da Matriz Avaliativa:

Ações Pedagógicas: conjunto de ações que visam a capacitação dos membros das equipes de Saúde da Família (SF), permitindo

implantação de Clínica Ampliada, Apoio Matricial, Projeto de Saúde no Território, Projeto Terapêutico Singular e Pactuação do Apoio. Entende-se por uma ação interdisciplinar, para a troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, que geram experiências para todos os profissionais envolvidos. Dá-se ênfase em estudos e discussões de casos e situações, realizações de PST, orientações, reuniões e apoio em grupos, planejamentos, trabalhos educativos.

- ✓ Ações Gerais: desenvolver ações de aprendizagem técnicas referentes a abordagens gerais às ESF.
- ✓ Ações Mistas: desenvolver ações de aprendizagem fisioterapêuticas às ESF.

Ações Assistenciais: conjunto de ações que visam as intervenções específicas dos profissionais do NASF, executadas diretamente sob os usuários e/ou famílias, em cuidado individual, onde existe a discussões com a equipe de SF responsáveis pelo caso.

- ✓ Ações Específicas: desenvolver ações fisioterapêuticas assistenciais aos usuários.

Rationale dos Indicadores e Medidas da Matriz Avaliativa.

- ✓ Identificar as ações a serem adotadas nas áreas: visa a avaliação da situação do território, para a partir disto a equipe do NASF elaborar estratégias de ação.
- ✓ Identificar público prioritário para as ações: auxilia equipe do NASF identificar quais estratégias assumir como ação para a população alvo.
- ✓ Elaborar estratégias de comunicação das atividades dos NASF: a partir de identificação de território e público alvo, estratégias são elaboradas para os atendimentos da equipe do NASF com devida pactuação do processo de trabalho e metas de todos.
- ✓ Desenvolver projetos e ações intersetoriais para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiências: ação que o fisioterapeuta em conjunto com a equipe de Saúde da Família do NASF realizam para avaliar a situação e

desenvolver atividades de educação e inclusão de pacientes com deficiências e seus cuidadores e familiares.

- ✓ Fazer orientação de pessoas com deficiência, cuidadores e ACS para o desempenho funcional frente as características específicas dos indivíduos: ação que o fisioterapeuta em conjunto com a equipe de Saúde da Família do NASF realizam para desenvolver atividades de educação para cuidados e desempenho funcional aos cuidadores e familiares de pacientes com deficiências.
- ✓ Prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos usuários: ação característica do fisioterapeuta do NASF em realizar propostas de ações preventivas para todos os usuários da UBS, independente da faixa etária.
- ✓ Desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos: ação característica do fisioterapeuta do NASF em realizar atividades de atendimentos coletivos de fisioterapia propriamente dita aos usuários da UBS, conforme as suas necessidades.
- ✓ Realizar encaminhamentos e acompanhamento de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção a saúde: ação característica do fisioterapeuta do NASF em realizar encaminhamentos aos usuários da UBS, conforme as suas necessidades referentes a uso de órteses, próteses e atendimentos que são especializados e não possíveis de atendimento na UBS.

Após conhecimento dos *Rationales* criou-se a Matriz Avaliativa que norteou a pesquisa.

Quadro 3: Matriz Avaliativa: dimensões, subdimensões, indicadores, medidas, e parâmetros para avaliação da atuação fisioterapêutica nos NASF.

Dimensões	Subdimensões	Objetivos	Indicadores	Medidas	Parâmetros
Atividades Pedagógicas	Ações Gerais	Desenvolver ações de aprendizagem técnicas referentes a abordagens gerais às ESF	1. Identificar as ações a serem adotadas nas áreas; 2. Identificar público prioritário para as ações; 3. Elaborar estratégias de comunicação das atividades dos NASF;	1. Avaliar a situação inicial do território? 2. Identificou a população alvo do território avaliado? 3. Pactuou o desenvolvimento do processo de trabalho e das metas com equipe?	1. SIM = BOM NÃO = RUIM 2. SIM = BOM NÃO = RUIM 3. SIM = BOM NÃO = RUIM
	Ações Mistas	Desenvolver ações de aprendizagem fisioterapêutica na ESF	1. Desenvolver projetos e ações intersetoriais para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência; 2. Fazer orientação de pessoas com deficiência, cuidadores e ACS para o desempenho funcional frente às características específicas dos indivíduos;	1. Avaliou a situação dos usuários com deficiência? 2. Desenvolveu as atividades de inclusão dos deficientes e atividades para educação e conhecimento do cuidador e/ou responsável? 3. Desenvolveu as atividades de educação para ACS e demais servidores que atuam diretamente com pacientes deficientes que frequentam UBS?	1. + de 80% dos USUÁRIOS = BOM 50 A 79% = REGULAR 49% OU MENOS = RUIM 2. SIM = BOM NÃO = RUIM 3. SIM = BOM NÃO = RUIM
Atividades Assistenciais	Ações Específicas	Desenvolver ações fisioterapêuticas assistenciais aos usuários	1. Prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos usuários; 2. Desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos; 3. Realizar encaminhamento e acompanhamento de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde;	1. Propôs medidas preventivas para cada faixa etária atendida? 2. Realizou atendimentos coletivos semanais em cada UBS atendida? 3. Encaminhou pacientes que necessitam de órteses, próteses e atendimentos específicos por outro nível de atenção à saúde?	1. TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS = BOM DE 2 A 3 FAIXAS ETÁRIAS = REGULAR 1 OU NENHUMA FAIXA ETÁRIA = RUIM 2. SIM = BOM NÃO = RUIM 3. SIM = BOM NÃO = RUIM

6.4 QUESTIONÁRIOS

A partir da Matriz Avaliativa e com base no questionário de Altamiranda (2003) foram elaborados dois questionários com a finalidade de avaliar o perfil e a atuação do fisioterapeuta do NASF de Santa Catarina.

O primeiro questionário foi elaborado para o fisioterapeuta com o intuito de conhecer o perfil deste profissional que está atuando no NASF de SC, sendo perguntas fechadas e abertas para conhecimento de dados sócio-demográficos (gênero, idade, naturalidade, local de residência), identificação da formação do profissional, acesso e vínculo técnico-científico e características do mercado de trabalho (APÊNDICE B).

No segundo questionário foram elaboradas questões para o coordenador do NASF de cada município catarinense que o fisioterapeuta atua. As questões são abertas e fechadas para conhecimento das atividades que o fisioterapeuta elabora enquanto profissional do NASF daquele município (APÊNDICE C).

Os questionários foram enviados por correio eletrônico (email), pois foi a maneira mais fácil e rápida para que todos os convidados pudessem participar.

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa irá passar por parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), pelo fato da realização de entrevistas aos profissionais de Fisioterapia do NASF de SC.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será utilizado é apresentado no apêndice A, onde o termo será apresentado para o coordenador do NASF de cada município que apresenta o profissional fisioterapeuta em atividade e mediante aprovação dos mesmos a coleta será iniciada.

Este projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC, com parecer nº. 242.938 (ANEXO B).

7 RESULTADOS

De acordo com as normas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os resultados da pesquisa devem ser apresentados sob a forma de artigo(s) científico(s). Neste trabalho, os resultados estão apresentados em dois artigos, já formatados para os periódicos a que serão submetidos respectivamente, para “Fisioterapia e Pesquisa” e “Revista Brasileira de Fisioterapia”.

Perfil do Fisioterapeuta que atua no NASF em Santa Catarina

O primeiro artigo aborda o início da pesquisa que consiste na elaboração do perfil do fisioterapeuta atuante nos NASF de Santa Catarina, com apresentação dos números de municípios com NASF federal e a presença do profissional fisioterapeuta, suas características e realidade.

Avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina

O segundo artigo representa a avaliação da atuação do Fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina, com a aplicação da Matriz Avaliativa elaborada a partir da teoria aqui apresentada. Neste artigo toma-se conhecimento da realidade da atuação do profissional de Fisioterapia nos NASF de Santa Catarina.

7.1 ARTIGO I - PERFIL DO FISIOTERAPEUTA QUE ATUA NO NASF EM SANTA CATARINA

Perfil do Fisioterapeuta que atua no NASF em Santa Catarina

Profile of the Physiotherapist who works in NASF in Santa Catarina

Título condensado: Perfil do Fisioterapeuta que atua no NASF/SC

Franciane Wessner Padilha Buch*, Sérgio Fernando Torres de Freitas**

* Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC.

** Doutor em Odontologia Social, Docente do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC.

Estudo desenvolvido na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (SC), Brasil.

Endereço para correspondência:

Franciane Wessner Padilha Buch

Rua Prof. Clementino de Brito, 205 apto 1008. Capoeiras,

CEP 88070-150 – Florianópolis/SC

Fone: (48)8836-2386. E-mail: franciwessner@gmail.com

RESUMO: Esta é uma pesquisa descritiva com o intuito de reconhecer o perfil dos fisioterapeutas atuantes nas equipes de NASF no Estado de Santa Catarina. Os dados foram coletados a partir de questionário aplicado para estes profissionais, entre os meses de abril a junho de 2013. Houve predominância de fisioterapeutas do sexo feminino, jovens, com menos de três anos de formação, em sua maioria satisfeitos com a profissão e remuneração. Foi encontrada diferença de rendimentos entre gêneros, com maior salário para homens. Embora relatassem conhecimento de suas atribuições no NASF, foram encontradas divergências na análise de suas práticas.

Descritores: Perfil; Fisioterapeuta; NASF.

ABSTRACT: This is a descriptive study in order to recognize the profile of active physiotherapists NASF teams in the state of Santa Catarina. Data were collected from questionnaire for these professionals, between the months of April to June 2013. Predominated physiotherapists female, young, under three anosde training in their profession and satisfied with the compensation majority. Income gap between genders was found, with higher wages for men. Although aware of their responsibilities to report on NASF, differences were found in the analysis of their practices.

Keywords: Profile; Physiotherapist; NASF.

INTRODUÇÃO

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) descreve o fisioterapeuta como um profissional da saúde de nível superior que está habilitado para formar diagnóstico de distúrbios cinéticos funcionais, prescrever as condutas fisioterapêuticas que serão necessárias para realizar as mesmas, acompanhando a evolução do quadro e ter a capacidade de promover a alta do paciente¹.

Historicamente, a atuação do fisioterapeuta é de caráter assistencial, ou seja, orientada para a reabilitação individual; mas ao ser inserida na Atenção Básica, a fisioterapia tem forte atuação em ações de promoção de saúde e prevenção de doenças e na educação em saúde².

O fisioterapeuta atual é um profissional que tem que estar preparado para atuar em diversos níveis de atenção a saúde, como a

promoção, prevenção, desenvolvimento, tratamento e recuperação da saúde de todos os indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades³.

Este artigo tem como objetivo conhecer o Perfil do Fisioterapeuta que atua no NASF de Santa Catarina.

A partir de um estudo sobre a atuação deste profissional do NASF catarinense, se teve a oportunidade de aplicar um questionário com estes profissionais para conhecer o perfil destes profissionais que atuam no programa.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa descritiva, para estabelecimento de um perfil dos fisioterapeutas que atuam em equipes de NASF no Estado de Santa Catarina. A pesquisa descritiva trata de analisar fato e situações, sem interferências do pesquisador, apresentadas por meio de tabelas e gráficos⁴⁻⁵.

A coleta de dados foi feita com questionário, aplicado para todos os municípios que possuíam fisioterapeutas em suas equipes de NASF, de acordo com as informações disponíveis no CNES em abril de 2013; estes dados foram cruzados com os cadastros do Departamento de Atenção Básica da SES-SC. Foram encontrados 25 municípios elegíveis para pesquisa, com um total de 59 fisioterapeutas atuantes, sendo destes 17 participantes da amostra.

Os municípios foram contatados diretamente por um dos autores, por meio de visita ou contato telefônico. Após a identificação e explicação ao responsável pelo serviço, foi enviado o questionário, com o respectivo TCLE. Foram até 4 tentativas de contatos posteriores ao envio para recebimento da resposta.

O questionário foi elaborado a partir do modelo de Altamiranda⁶, desenvolvido para pesquisa o Perfil do Fisioterapeuta no Estado de Santa Catarina; foi modificado para atualização de questões pertinentes ao profissionais atuando na atenção básica do SUS. Foram mantidas questões sobre as variáveis socioeconômicas, formação e qualificação destes profissionais, vínculos técnico-científicos e características do mercado de trabalho; todas as questões são fechadas, com uma exceção.

Os questionários foram enviados por e-mail, acompanhados de um texto explicativo sobre os objetivos da pesquisa, e do TCLE para cada participante assinar e devolver em caso de concordância com a pesquisa. A devolução foi opcional, por e-mail ou Correios, conforme interesse de cada participante.

Os dados foram analisados com apresentação de frequências relativas, sintetizadas em gráficos e tabelas. Análises bivariadas foram realizadas quando se julgou necessário para melhor entendimento dos resultados.

Este projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da UFSC, com parecer nº. 242.938, de 10/04/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos 14 municípios participantes da pesquisa, 17 fisioterapeutas responderam ao questionário “Perfil do Fisioterapeuta que atua nos NASF em Santa Catarina”.

Foram realizadas quatro tentativas ao longo dos meses de abril a junho de 2013 para que todos os municípios que apresentavam fisioterapeuta entre os profissionais do NASF respondessem aos questionários; a análise dos dados foi iniciada quando a participação ultrapassou mais de 50% dos municípios. Entre os motivos da não adesão foram relatados, por e-mail ou telefone: escassez de tempo, mudança de gestão dos municípios ocorrida no início de 2013 e falta de interesse dos profissionais em participar da pesquisa.

Os profissionais participantes da amostra estão distribuídos em todas as mesorregiões do estado. Dado o tamanho da amostra, optou-se por não identificar os municípios, a fim de preservar a identidade dos participantes.

Há predominância do gênero feminino (70,5%), encontrada por Altamiranda⁶, numa tendência de crescimento já estabelecida em outras profissões de saúde. O fisioterapeuta atuante nos NASF de SC é jovem, com média de idade aproximada de 29 anos, muito similar aos resultados de Altamiranda⁶, mesmo havendo uma década de intervalo entre as pesquisas. Apenas 5,9% dos respondentes têm mais de 40 anos, e 52,9% tem entre 22 e 29 anos de idade.

A grande maioria dos fisioterapeutas é nascida em Santa Catarina (64,7%), com 17,7% nascidos nos estados do Rio Grande do Sul, Paraná e Distrito Federal.

O quadro 1 apresenta os principais resultados da pesquisa relativos à formação dos fisioterapeutas.

O fisioterapeuta que atua nos NASF em SC, em sua maioria, iniciou a carreira acadêmica em Santa Catarina e estudou em universidade privada. Há apenas um curso público no estado que já formou turmas, o que contribui para esse resultado. Com média de idade

baixa e pouco tempo de formação, a fisioterapia é a única graduação para grande parte dos profissionais; ainda que mais da metade deles já tenha feito alguma especialização, não observamos formação *stricto sensu*, seja em fisioterapia, que não é ofertada no estado, ou em qualquer outra área.

Dentre os profissionais com título de especialista reconhecido pelo COFFITO, 28,5% tem especialidade em Saúde da Família, ainda que esta seja reconhecida somente a partir de 2011 e para a Terapia Ocupacional. Outros 28,5% são especialistas em Ortopedia e Traumatologia e o restante, 43% não responderam, assumindo-se que não possuíam especialidade.

O interesse de aprimoramento é de 100% dos participantes da pesquisa, e quando perguntados qual é a forma de curso que há o interesse, a maioria fica entre os cursos de atualização, com carga horária entre 180h a 360h (53%) e/ou o mestrado (47%). Cury e Vilella⁷, num estudo sobre o perfil do pesquisador fisioterapeuta, mostraram um relevante avanço no número de pesquisadores no Brasil, identificando uma relação clara de capacitação dos recursos humanos com a produção científica, e consequentemente faz com que haja um aprimoramento da profissão no mercado de trabalho e no atendimento à população.

A participação destes profissionais em Congressos Científicos está atrelada ao tempo de graduação. Os fisioterapeutas frequentam os congressos como participantes (71,4%), sendo minoria os que apresentam trabalhos científicos (28,6%). Quando perguntados sobre suas atuações como palestrantes e organizadores dos eventos, as respostas foram negativas. Quando questionados sobre o envolvimento com Sociedades Científicas, a resposta negativa foi unânime dentre os participantes.

Em relação à leitura técnico-científica, 58,5% dos profissionais faz a leitura de revistas conhecidas na área de Fisioterapia, como a FioBrasil e Revista Fisioterapia, respectivamente; dentre estes 17,6% relacionaram outras revistas e o uso de artigos científicos para a leitura. A porcentagem dos que não fazem leitura científica é de 41,5%.

A participação sócio-política também foi questionada: 29,5% participam ou já participaram de Conselhos Municipais de Saúde. Quando questionados sobre a filiação em alguma entidade de classe, sindicato ou associação, somente 5,8% responderam que sim, sendo que a participação estava relacionada ao Sindicato dos Servidores Públicos da Região que atua, não estando relacionada diretamente com a Fisioterapia.

O Quadro 2 apresenta as características relacionadas ao trabalho dos fisioterapeutas.

Ao analisar as características dos profissionais perante o mercado de trabalho observamos que 18% destes atuam em outras atividades além da fisioterapia; quando perguntados sobre quais eram essas atividades, as respostas indicaram atividades como administração clínica e hospitalar, trabalhos autônomos não especificados e gerenciamento do sistema de qualidade de empresa de administração e construção civil. Os resultados mostraram que 82,3% dos fisioterapeutas atuam fora da carga horária exigida no NASF, com atividades relacionadas a atendimentos domiciliares privados, pilates e em clínicas particulares.

Conforme a Lei n. 8.856, de 01 de março de 1994, a carga horária máxima do fisioterapeuta não deve ultrapassar 30h semanais⁸. Em alguns municípios de Santa Catarina, o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) vem atuando para que esta regra seja cumprida, por via de mandatos judiciais. Há um conflito com a política preconizada para os NASF, que pede a contratação de profissionais com 40 horas semanas; como consequência, há muitas contratações de dois fisioterapeutas com 20h semanais cada. Foi observado que a maior parte dos profissionais já são contratados por 20h semanais, mas 29,5% ainda atuam 40h semanais; todos relataram que o programa no município está se ajustando as normas legais (Quadro 2).

Sobre o grau de satisfação do fisioterapeuta com a profissão, a maioria considerou “Bom”, seguido de “Regular” e apenas 1 classificou como “Muito Bom”. Não houve atribuição de Ruim.

Em relação à renda, esta ainda é relativamente baixa: a maior parte dos fisioterapeutas declarou média salarial entre R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00 mensais, e apenas 1 deles ganha mais de cinco mil reais.

A partir destes dados foram realizados cruzamentos entre as variáveis: Carga Horária e Grau de Satisfação; Rendimento Médio Mensal e Grau de Satisfação e Rendimento médio mensal e Gênero.

Para a relação Carga Horária X Grau de Satisfação, observou-se predomínio de grau de satisfação “Bom” relacionado com a carga horária de 20h semanais (29%). Já o grau de satisfação “Muito Bom” foi relacionado com a carga horária de 30h semanais (5,8%).

Em relação à renda, o cruzamento com o grau de satisfação mostrou que 35% relacionam o ganho de R\$ 2.001,00 a 3.000,00 como “Bom”. Para o ganho acima de R\$5.000,00 a relação com Grau de Satisfação foi “Muito Bom”, como esperado. Na análise geral, os fisioterapeutas que atuam no NASF de SC, classificam o seu Grau de Satisfação positivamente, embora haja variações no grau de satisfação

na mesma faixa salarial (Figura 1).

Segundo o COFFITO, cada conselho regional em conjunto com o sindicato estipula o piso salarial da sua região, em relação as 30h/semanais, conforme a lei 8.856/94⁸. No CREFITO 10, conselho regional que rege o estado de Santa Catarina, não há um valor estipulado para o salário do fisioterapeuta, sendo este negociado com a Comissão Nacional de Procedimentos de Fisioterapia do COFFITO e suas regionais. Para a Federação Nacional de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO), o piso salarial do fisioterapeuta é R\$ 2.050,00. A maior parte dos NASFs já remunera acima desse piso, e os casos observados são de carga horária de 20h semanais⁹.

Quanto à análise do rendimento por gênero, observa-se uma nítida vantagem para o gênero masculino (Figura 2). Embora não tenham sido observadas diferenças salariais entre gêneros num mesmo município, é clara a diferença salarial média entre gêneros, com vantagem para o masculino. Para Freisleben e Bezerra¹⁰, em um estudo sobre discriminação salarial entre homens e mulheres no sul do Brasil, esta diferença ocorre pelo fato que o gênero feminino é multitarefado o que pode acarretar em uma diminuição de sua produtividade e consequentemente menor remuneração salarial. Mas esta discussão abre a lacuna para um estudo aprofundado sobre o tema.

No quadro 3 são encontrados os dados sobre a formação acadêmica destes profissionais e a relação à atuação na Atenção Básica.

Embora a maioria dos fisioterapeutas tenha respondido que fizeram disciplinas cujos conteúdos foram orientados a sua atuação no NASF, esses mesmos admitiram que sua formação foi muito diferente da realidade em que atua. E esta mesma quantidade de profissionais relata necessidade em realizar estudos de aperfeiçoamento na área.

Uma análise sobre a relação entre formação e atuação mostra que a formação ainda é pouco voltada a atuação em saúde pública, e que as disciplinas eventualmente orientadas a isso foram insuficientes para essa atuação, uma vez que os mesmos respondentes que afirmaram ter feito essas disciplinas também sentem necessidade de realizar novos estudos.

Complementarmente, todos os respondentes afirmam conhecer suas obrigações profissionais nos NASF. No entanto, quando questionados sobre suas atividades no NASF, em questão aberta, as respostas foram variadas: atividades de orientações a acamados e cuidadores, visitas domiciliares, trabalho de promoção de saúde, grupo de idosos e gestantes, ações de prevenção de doenças, matriciamento, territorialização, educação em saúde, entre outros.

Algumas respostas foram interessantes, pois demonstram que a

realidade nem sempre condiz com a teoria: *“Há uma grande diferença entre conhecer a forma de atuação do NASF e de como deveria ser. Tentamos realizar ações de promoção em saúde, porém são poucas, pois a realidade dos municípios é que ficamos presos e pressionados a realizar reabilitação e assistencialismo.”* Outro participante também menciona *“[...] realizamos atendimentos domiciliares com intuito de suprir a demanda reprimida”*.

Portanto, o que se encontrou foi alta demanda por atendimentos fisioterapêuticos individuais, levando o profissional que atua no NASF desviar as suas funções do programa para a assistência clínica tradicional, a fim de suprir essa realidade não contemplada pelo serviço em que está inserido, num dilema que não é só seu, mas do próprio gestor municipal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gênero feminino ocupa a grande maioria (70,5%) dos cargos entre os fisioterapeutas que atuam no NASF em Santa Catarina, mas o cruzamento das variáveis gênero / rendimento médio mensal mostrou que os homens tem salários melhores, dentre os 14 municípios pesquisados. Ainda que não se observem diferentes salários no mesmo município, para cargas horárias iguais, o conjunto mostra um resultado que não se espera no setor público, e que merece um estudo específico para identificação de causas ou motivações.

Os fisioterapeutas dos NASF catarinenses são jovens, sendo que 41,2% tem menos de 3 anos de formados e foi unânime a não participação dos profissionais em Sociedades Científicas. O pouco tempo no mercado de trabalho ajuda a explicar a ausência de mestres ou doutores entre os profissionais que atuam no NASF catarinense. Ao mesmo tempo, estes profissionais já sentem a necessidade de aprimoramento dos seus conhecimentos, sendo que aproximadamente 77% destes pretendem cursar uma especialidade.

A participação em entidades de classe é muito pequena (5,8%), mas a atuação de 29,5% dos fisioterapeutas em Conselhos Municipais de Saúde, atualmente ou no passado pode ser considerada muito boa.

Em termos de inserção no mercado de trabalho, 18% atuam em serviços que são diferentes da Fisioterapia, e 82,3% atuam além da carga horária exigida no NASF, ao associar com atividades autônomas, em clínicas ou atendimentos domiciliares. Ainda em relação à carga horária de trabalho, 47% destes profissionais faz 20h semanais nos

NASF de atuação, ainda que as normas para credenciamento dos núcleos peçam carga horária maior.

Mais da metade dos fisioterapeutas classificam que estão satisfeitos com a profissão, e ninguém classificou a satisfação como ruim. Esta satisfação sobe conforme o aumento dos salários, principalmente a partir da faixa salarial de R\$ 2.000,00, principalmente quando associado a cargas horárias parciais – 20 ou 30 horas semanais.

Quanto ao entendimento da atuação do fisioterapeuta no NASF, 100% dizem saber quais são as atribuições como profissionais no programa, mas ao relatar suas atividades, a sua grande maioria relata haver muita diferença entre o entendimento da teoria e a realidade da prática.

REFERENCIAS

1. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole; 1999.
2. Silva DJ, Da Rós MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1673-81.
3. Baena CP, Soares MCF. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. *Fisioter Mov*. 2012 abr/jun;25(2):419-31.
4. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006 Jul-Ago;59(4):532-7.
5. Contandriopoulos AP. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec; 1994.
6. Altamiranda EEF. Perfil do fisioterapeuta no Estado de Santa Catarina [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; 2003.
7. Coury HJCG, Vilella I. Perfil do pesquisador fisioterapeuta brasileiro. *Rev Bras Fisioter*. 2009 jul/ago;13(4):356-63.
8. Presidência da República (BR). Lei n. 8.856, de 1º de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e

- terapeuta ocupacional. D.O.U.; 002957(1), 02 de março de 1994.
9. Freisleben VS, Bezerra FM. Ainda existe discriminação salarial contra as mulheres no mercado de trabalho da região sul do Brasil? Evidências para os anos de 1998 a 2008. *Rev Cad Econ*. 2012 Dez;16(30-31):51-65.
 10. Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 80, de 09 de maio de 1987. Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa a o exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. D.O.U, n. 093; Seção I:7609 (21 de maio de 1987).

Quadro 1. Características de formação dos Fisioterapeutas do NASF de SC (n=17).

VARIÁVEL	MEDIDA	%
Estado onde concluiu o curso	SC	94,1%
	Não respondeu	5,9%
Tipo de instituição	Privada	88,2%
	Pública	11,8%
Outra graduação	Sim	0%
	Não	100%
Ano conclusão do curso	1992	5,9 %
	2001 - 2005	47 %
	2006 - 2010	23,5 %
	Acima 2011	23,5 %
Formação continuada ou de Pós-graduação	180 a 359h	17,6%
	360h ou +	58,8%
	Mestrado	0%
	Doutorado	0%
	Não	23,5%
Título especialista reconhecido pelo COFFITO	Sim	41 %
	Não	59%

Quadro 2. Distribuição de frequências de jornada de trabalho e satisfação dos Fisioterapeutas do NASF de SC.

VARIÁVEL	MEDIDA	%
Fisioterapia é o único trabalho	Sim	82%
	Não	18%
Jornada fisioterapia no NASF	20h	47%
	30h	23,5%
	40h	29,5%
Atuação como fisioterapeuta em outros locais além NASF	Sim	82,3%
	Não	17,7%
Grau de satisfação como fisioterapeuta	Muito bom	5,9%
	Bom	53%
	Regular	41,1%
	Ruim	0%
Rendimento médio mensal como fisioterapeuta	Até r\$ 1.000,00	0%
	R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00	23,5%
	R\$ 2.001,00 a R\$ 3.000,00	41,1%
	R\$ 3.001,00 a R\$ 4.000,00	17,6%
	R\$ 4.001,00 a R\$ 5.000,00	12%
	Acima de R\$ 5.001,00	5,9%

Quadro 3. Distribuição de frequências da atuação dos Fisioterapeutas do NASF de SC.

VARIÁVEL	MEDIDA	%
Disciplinas da graduação intimamente ligadas à atuação no NASF	SIM	58,8%
	NÃO	41,2%
Formação diferente da atuação do NASF	SIM	58,8%
	NÃO	41,2%
Aperfeiçoamentos relacionadas às atividades do NASF	SIM	58,8%
	NÃO	41,2%
Entende qual é a atuação do fisioterapeuta no NASF	SIM	100%
	NÃO	0%

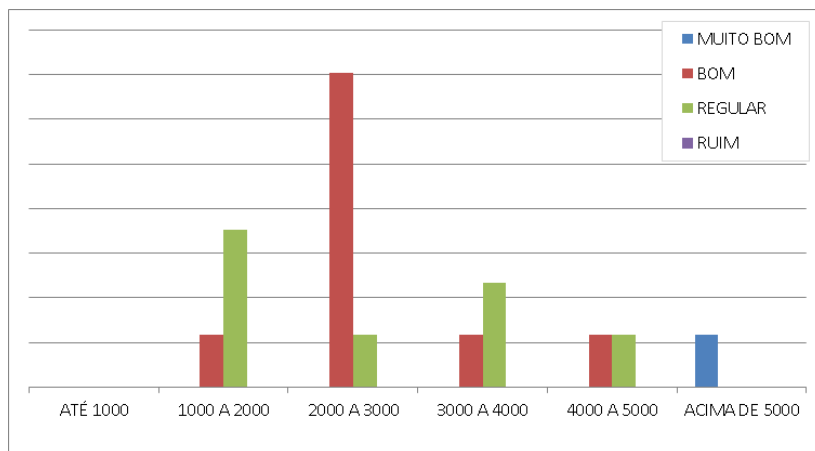
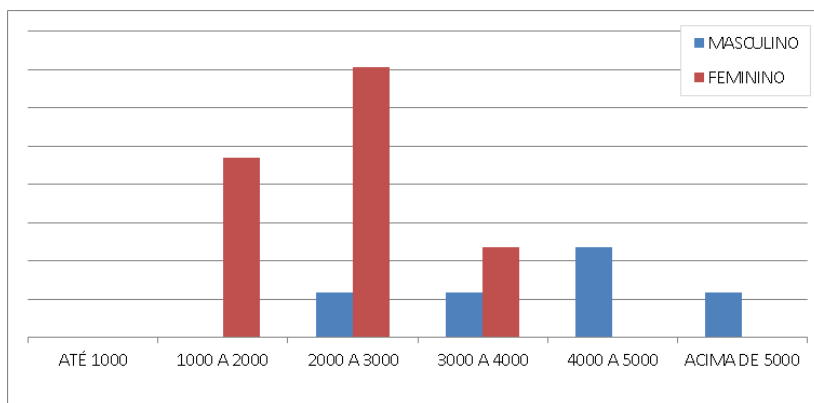
Figura 1. Relação de Rendimento Médio Mensal e Grau de Satisfação dos Fisioterapeutas do NASF de SC.

Figura 2. Relação de Sexo e Rendimento Médio Mensal dos Fisioterapeutas do NASF de SC.



7.2 ARTIGO II - AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO NASF DE SANTA CATARINA

Avaliação da Atuação Fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina
Physiotherapy Evaluation of Performance in NASF Santa Catarina state

Título condensado: Avaliação da Atuação Fisioterapêutica no NASF/SC

Franciane Wessner Padilha Buch*, Sérgio Fernando Torres de Freitas**

* Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

** Doutor em Odontologia Social, Docente do Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC, Brasil.

Estudo desenvolvido na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis (SC), Brasil.

Endereço para correspondência:

Franciane Wessner Padilha Buch
Rua Prof. Clementino de Brito, 205 apto 1008. Capoeiras,
CEP 88070-150 – Florianópolis/SC
Fone: (48)8836-2386. E-mail: franciwessner@gmail.com

RESUMO: Esta pesquisa avaliativa teve como objetivo avaliar a atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina, no período de agosto de 2012 a junho de 2013. Foram avaliadas duas dimensões a partir de uma Matriz Avaliativa, sendo elas: a dimensão Atividades Pedagógicas que apresentam objetivos comuns ao profissional fisioterapeuta e a equipe do NASF e a dimensão Atividades Assistenciais que é relacionada com experiências específicas do fisioterapeuta. Foi identificado, por força da alta demanda da maioria dos municípios da amostra, que as atividades pedagógicas são melhores elaboradas pelos profissionais, determinando um baixo rendimento das demais atividades relacionadas propriamente ditas deste profissional.

Palavras-Chaves: Avaliação; Fisioterapia; NASF.

ABSTRACT: This evaluative research aimed to evaluate the physiotherapy performance in NASF of Santa Catarina, in the period from August 2012 to June 2013. Two dimensions were assessed from an Evaluative Matrix, as follows: a Pedagogical Activities dimension that have common goals to the physiotherapist and the NASF team and Relief Activities dimension that is related to specific experiences of the physiotherapist. By virtue of the high demand of the majority of municipalities in the sample was identified, the pedagogical activities are best prepared by professionals, determining a low income from other activities related themselves of this person.

Keywords: Evaluation; Physiotherapy; NASF.

INTRODUÇÃO

O início da profissão de fisioterapeuta está atrelado ao advento das grandes guerras do século passado e devido a essa combinação, a atividade fisioterapêutica esteve sempre conectada a reabilitação de doenças, de membros amputados e dores crônicas. Sua regulamentação no Brasil, ocorrida em 1969, definiu-a como profissão de nível superior, de forma exclusiva nas realizações dos métodos e técnicas fisioterapêuticas com finalidades de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente¹.

O objeto de trabalho do fisioterapeuta ainda não está completamente consolidado, induzindo algumas indefinições no campo

de atuação do mesmo. Diversas são as atribuições do fisioterapeuta, diagnosticadas por evidências científicas e também conforme as necessidades de cada usuário da ESF²⁻³.

Por mais que o fisioterapeuta ainda concentre suas ações na reabilitação de agravos dos indivíduos, há de salientar sua participação na Saúde Coletiva, com grande crescimento nas atividades da Atenção Básica. A atuação deste profissional a cada dia vem se adequando mais à política pública de saúde, por meio de ações preventivas de doenças e na promoção de saúde, seguindo os princípios do SUS, com aumento de resolubilidade nos atendimentos prestados⁴.

Em 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) foi criado com a intenção de prestar apoio às Equipes de Saúde da Família, ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, visando aumentar sua efetividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde⁵.

A constituição do NASF se dá pela adesão de outros profissionais não contemplados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) para atuar em parceria com a equipe de SF, podendo compartilhar as práticas em saúde nos territórios de responsabilidades destas equipes. O programa não se caracteriza como porta de entrada do usuário, mas atua de forma que se integre com a rede de serviços de saúde, conforme demandas identificadas no trabalho com as equipes de saúde, e atua de forma conjunta com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e seus serviços (ex: CAPS, CEREST, Ambulatórios Especializados, etc.) e também como outras redes de assistências⁶.

Neste estudo, conforme as diretrizes do NASF se fez a classificação da atenção fisioterapêutica no NASF foi classificada, a partir das diretrizes do próprio NASF, em *Ações Pedagógicas*, que são atividades de aprendizagem das técnicas e abordagens gerais relacionadas à reabilitação e que possam ser exercidas por todos os profissionais da ESF; *Ações Mistas*, determinadas pelo desenvolvimento de ações de aprendizagem de técnicas fisioterapêuticas aos profissionais da ESF e *Ações Assistenciais* que são as técnicas determinadas no rol das ações de reabilitação que são somente de competência do fisioterapeuta.

Essas três ações, com auxílio das ferramentas tecnológicas propostas pelo NASF (clínica ampliada, projeto terapêutico singular, projeto saúde no território, apoio matricial e pactuação do apoio) definem a atuação da Fisioterapia no NASF. Como resultado final da atuação deste profissional do NASF busca-se o aumento de resolubilidade da ESF e o apoio à inserção da ESF nas RAS.

Apesar da atuação do fisioterapeuta ser crescente na Atenção Básica do SUS, ainda são poucos os estudos sobre esta atuação; como também são poucos os estudos sobre o NASF, gerando importância e expectativas devido ao seu crescimento⁷.

A partir destes problemas, delineou-se este estudo visando a avaliação desta profissão inserida no NASF, no estado de Santa Catarina.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho consiste em uma pesquisa avaliativa, conceituada por um julgamento *ex-post* de alguma intervenção utilizando métodos científicos para tal. O produto final se dá por um modelo de avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de SC⁸. Foi utilizado o critério da *eficácia*, entendida como a capacidade do programa atingir os objetivos e metas propostas nas diretrizes⁹⁻¹⁰.

Para criar este modelo de avaliação, estudou-se a inserção do fisioterapeuta no NASF, com base em referenciais teóricos específicos; a partir dessa revisão partiu-se para a construção do modelo teórico lógico e da matriz avaliativa, composta por dimensões, indicadores, medidas e parâmetros que permitam a formulação de um juízo de valor sobre a questão.

A construção do modelo teórico-lógico se deu a partir de referencial teórico sobre o tema e de discussões desenvolvidas durante a disciplina de “Seminário de Avaliação em Saúde”, do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A identificação dos municípios com participação da Fisioterapia foi realizada por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), selecionando-se aqueles que contavam com o profissional nas equipes de NASF. A pesquisa no CNES se deu entre agosto de 2012 a junho de 2013. Dentre os 37 municípios com NASF em Santa Catarina, 25 deles apresentavam o fisioterapeuta na equipe.

A partir das Diretrizes da Atenção Básica, analisaram-se as características que o NASF se enquadra, lembrando que as políticas de saúde de cada município avaliado e o público alvo das unidades de saúde que compõem as equipes de NASF (população) também influenciam nos resultados. No modelo lógico, onde se visualiza as relações entre a intervenção e o efeito, encontra-se o programa do NASF

propriamente dito relacionado com as atividades que o fisioterapeuta deve atuar representados na figura 1.

A matriz avaliativa proposta é composta por 2 dimensões, com 3 sub dimensões e 9 indicadores, desenvolvida a partir do modelo teórico proposto e de diretrizes estabelecidas no Caderno de Atenção Básica do SUS, conforme quadro 1.

A dimensão Atividades Pedagógicas refere-se ao conjunto de ações que visam à capacitação dos membros das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), permitindo implantação de Clínica Ampliada, Apoio Matricial, Projeto de Saúde no Território, Projeto Terapêutico Singular e Pactuação do Apoio. Entende-se que sejam ações interdisciplinares para a troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, que geram experiências para todos os profissionais envolvidos. Esta dimensão é caracterizada por duas subdivisões: Ações Gerais, relacionada a atividades gerais desenvolvidas pelas equipes de saúde da família; e Ações Mistas que são as atividades da Fisioterapia que pode ser desenvolvidas por equipes de saúde da família.

Nas ações gerais encontram-se os indicadores *de ações a serem adotadas nas áreas; identificação de público prioritário para as ações; e elaboração de estratégias de comunicação das atividades dos NASF*. Nas ações mistas, estão: *desenvolvimento de projetos e ações intersetoriais, para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência; e as orientações de pessoas com deficiência, cuidadores e agentes comunitários de saúde (ACS) para desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo*.

A dimensão Atividades Assistenciais refere-se ao conjunto de ações que visam às intervenções específicas dos profissionais do NASF, executadas diretamente sob os usuários e / ou famílias, em cuidado individual, onde existe a discussão com as equipes de saúde responsáveis pelo caso. Sua subdivisão é representada por Ações Específicas que estão relacionadas com o desenvolvimento de ações fisioterapêuticas assistenciais aos usuários.

Encontram-se nesta subdivisão indicadores que identificam *propostas de medidas preventivas para cada faixa etária; realização de atendimentos coletivos semanais em cada Unidade Básica de Saúde atendida; e encaminhamentos para órteses, próteses e atendimentos específicos por outro nível de atenção à saúde*.

A partir desta matriz avaliativa, foi construído um questionário a ser aplicado para a pesquisa. Este questionário foi aplicado em 25 municípios catarinenses que contam com fisioterapeuta no NASF. Os

coordenadores de cada NASF foram contatados por telefone e correio eletrônico, com prévia explicação dos objetivos da pesquisa e sua forma de participação. Após o consentimento dos coordenadores, enviou-se o questionário, com possibilidade de entrega das respostas durante oito semanas.

Para a análise desses indicadores foram estabelecidos para cada medida escores identificados por: 2 ou SIM, para os que atenderam totalmente aos parâmetros estabelecidos; 0 ou NÃO, para os que não atenderam, conforme quadro 2.

A escala de medidas é orientada pelo somatório dos indicadores em cada dimensão e subdimensão, permitindo a soma das duas dimensões apresentadas. A partir destes resultados é permitido a emissão de juízo de valor de cada dimensão e classificar a eficácia da atuação fisioterapêutica no NASF de SC em BOM, REGULAR ou RUIM.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, sob número 242.938, em 10/04/2013.

A confecção da Classificação da Eficácia da atuação fisioterapêutica no NASF de SC foi baseada a partir da Matriz Avaliativa que onde com os indicadores foram determinados os resultados que são ideais com o serviço do NASF no município. Na sua maioria a classificação das dimensões são determinadas por BOM ou RUIM, e estes parâmetros foram assim determinados pois toma-se como ideal que o município com o serviço do NASF deve ter a realização das atividades propostas pelas diretrizes.

RESULTADOS

Houve 56% de participação dos municípios contatados, dentro do prazo estipulado e consideradas 4 tentativas de obtenção das respostas, num total da participação de 17 fisioterapeutas dentre 14 municípios.

A média de equipes de NASF nos municípios de SC que contam com este programa é de 2,3 equipes; o número médio de fisioterapeutas do NASF em cada equipe é de 3,2 profissionais. Para 29% dos fisioterapeutas do NASF, a carga horária de trabalho é de 30h semanais e para os 71% restantes dos profissionais a carga horária é de 20h ou 40h semanais, sendo a porcentagem igualmente dividida para as duas possibilidades de carga horária. Na amostra pesquisada, 50% dos fisioterapeutas atuantes no NASF de Santa Catarina tem formação em Saúde Coletiva.

Os fisioterapeutas realizam uma média de 36 visitas domiciliares por mês, e quando cruzamos este dado com a carga horária relatada por cada município encontramos uma média de 1,2 visitas por hora/semanal de trabalho. Em relação à avaliação da situação do território, 64% dos fisioterapeutas participam destas atividades, mas ao explicar como são realizadas as atividades encontramos informações como reuniões com equipes de saúde, visitas domiciliares, escolas e grupos de terceira idade e levantamento de demanda pertinente à fisioterapia. Ainda referente à avaliação da situação de território, foi questionado sobre como o fisioterapeuta faz a identificação do público que irá atender, e as respostas evidenciam a participação conjunta das equipes de saúde da família e do profissional para o reconhecimento dos indivíduos que necessitam da assistência fisioterapêutica.

Outra pergunta aberta no questionário enviado aos profissionais do NASF de SC estava relacionada à Educação Permanente dos fisioterapeutas. As respostas foram as mais variadas, sendo muitas delas equivocadas, pois a questão era relacionada a educação para profissional e não do profissional para o indivíduo assistido na rede, mas percebe-se que os fisioterapeutas participam dos cursos proporcionados pelo governo do Estado como também aqueles que estão atrelados a Saúde Coletiva propriamente dita.

Como mencionada anteriormente, foi proposta a Matriz Avaliativa, com dimensões e subdimensões capazes de avaliar os municípios participantes da amostra com clareza e objetividade a fim de encontrarmos um juízo de valor sobre a atuação fisioterapêutica nos NASF de SC. Esses resultados foram transformados em escores com valores que identificam se as ações propostas foram alcançadas ou não. Esses valores estão expostos na figura 2.

Na dimensão “atividades pedagógicas”, as ações gerais apresentaram resultados positivos na maioria dos municípios, com predomínio de parâmetros realizados, onde apenas 4 dos 14 municípios não realizam estas atividades. Ainda na mesma dimensão, as ações mistas tiveram resultados incipientes, e apenas um município realiza todas as atividades, sendo que 65% dos municípios não realizam nenhuma dessas atividades. O indicador referente às atividades de inclusão dos deficientes e educação apresentam 35% de resultados negativos.

Na dimensão “atividades assistenciais”, as ações específicas apresentaram resultados positivos em aproximadamente 80% dos municípios.

Ao analisar as ações não realizadas na maioria dos municípios são destacadas as ações relacionadas com as Ações Gerais, como a

identificação de ações adotadas pelas equipes de SF e nas Ações Mistas, como a avaliação da situação dos usuários, desenvolvimento de projetos e ações para as pessoas especiais e a orientação para cuidadores e familiares de pessoas especiais.

Para emitir o juízo de valor sobre a atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina, foram somados os resultados dos escores encontrados conforme cada indicador da Matriz Avaliativa que norteou a pesquisa.

A partir dos escores encontrados temos dados suficientes para caracterizar o juízo de valor, conforme a figura 3. Foram detectados que do total de quatorze (14) municípios da amostra somente três (3) destes são identificados como BOM, seis (6) municípios estão classificados como REGULAR e os demais cinco (5) municípios estão identificados como RUIM.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados mostram que a atuação do fisioterapeuta nos NASF catarinenses nem sempre é atribuída para o que realmente preconizam as diretrizes do NASF. Como sua formação é orientada para a reabilitação do indivíduo, muitas das atividades que devem ser realizadas por um profissional do NASF não são realizadas pelos fisioterapeutas. O processo de inserção do fisioterapeuta no serviço de atenção primária está em construção¹¹⁻¹².

Portes et al¹³, em estudo sobre a atuação do fisioterapeuta na Atenção Primária já percebia que eram escassos os relatos das atividades relacionados a promoção de saúde e prevenção de doenças; e ressaltava a importância de uma maior capacitação deste profissional em educação.

A formação e a educação permanente dos profissionais dos NASF favorece o desenvolvimento das habilidades e competências para que as atividades relacionadas ao programa sejam efetivadas com sucesso¹⁴. Mas muitos dos participantes deste estudo mostraram uma compreensão equivocada sobre Educação Permanente, entendendo que as atividades eram para os pacientes das Unidades de Saúde.

A análise da dimensão Atividades Pedagógicas, mostrou que nas Ações Gerais, a participação dos fisioterapeutas está de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde que nortearam a Matriz Avaliativa desta pesquisa. Essas ações estão envolvidas com o desenvolvimento de ações de aprendizagem técnica referentes às abordagens gerais as equipes de saúde de família. Aproximadamente 72% dos municípios da

amostra realizam as atividades interligadas as ações gerais.

Para a subdimensão Ações Mistas, caracterizadas pelo desenvolvimento de ações de aprendizagem fisioterapêuticas para as equipes de saúde da família ocorre com frequência muito baixa. A necessidade da organização do trabalho, principalmente dos profissionais, tanto à assistência individualizada quanto para a construção do trabalho interdisciplinar que repercute diretamente na qualidade do cuidado. A responsabilidade compartilhada com a equipe de NASF e o acompanhamento dos pacientes pela equipe multidisciplinar colabora com o sucesso dos tratamentos realizados⁸.

Deste modo o matriciamento é a ferramenta tecnológica que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico para as equipes de referência. O compartilhamento dos saberes amplia a resolução dos problemas. O matriciamento se propõe a alterar a lógica de encaminhamentos indiscriminados responsabilizando a equipe responsável por tal território^{8,14-15}.

As atividades assistenciais, relacionadas com os atendimentos propriamente ditos de fisioterapia reabilitadora, são realizadas por 86% dos municípios da amostra. Este índice alto revela a escassez de oferta de ações de fisioterapia, tanto na atenção básica quanto nos outros níveis. As ações do fisioterapeuta ainda estão muito atreladas à reabilitação, a demanda alta de pacientes também impede dos profissionais exercerem atividades focadas somente a atenção primária. Alguns participantes da pesquisa relataram que a identificação do público no território para o atendimento não existe, pois a demanda “*É imposta por assistencialismo; ortopedia, neurológico, pneumo, cardio [...]*”.

No NASF as ações têm como objetivo aumentar a qualidade do serviço e não somente suprir a demanda assistencial reprimida. O estudo de Cervato-Mancuso¹⁶, já observava que era incompleta a atuação do nutricionista do NASF do município de São Paulo – SP; suas atividades eram relacionadas a atendimentos individuais para adultos e idosos, com poucos profissionais atuando conjuntamente das equipes de saúde ali presentes, mostrando que esta característica não é exclusiva da atuação fisioterapêutica nos NASF, mas das próprias dificuldades de sua implantação.

CONCLUSÃO

A pesquisa mostra que a atuação dos fisioterapeutas nos NASF de Santa Catarina apresenta um baixo grau de eficácia, com predomínio de

conceitos REGULAR e RUIM, mostrando que sua atuação é deficiente em diversos aspectos propostos. Estes achados refletem questões relacionadas com: deficiências do próprio NASF, estruturais ou de processo de trabalho; características da formação e prática da Fisioterapia no Brasil, ainda muito voltada à reabilitação e com dificuldades de compartilhamento do trabalho na Atenção Primária; e a escassez de oferta de serviços de Fisioterapia no SUS, pressionando os profissionais a oferecer respostas assistenciais na maior parte do tempo.

REFERENCIAS

1. Presidência da República (BR). Decreto-Lei nº 938, de 13 de Outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. DOU, (Out 14 1969; ratificado em Out 16 1969).
2. Silva DJ, Da Rós MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(6):1673-81.
3. Barbosa EG, Ferreira DLS, Furbino SAR. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov*, 2010 Abr/Jun; 23(2):323-30.
4. Rodrigues RM. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. *Rev Perspectivas*. 2008;2(8)104-9.
5. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. DOU; Seção I:47;Col. 2 (Jan 25 2008).
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). DOU; Seção I:48;Col. 1 (Out 24 2011).
8. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi

- SJFE *et al.* Núcleos de Apoio a Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão de profissionais de Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2012 Nov; 28(11):2076-84.
9. Contandriopoulos AP. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec; 1994.
 10. Oliveira LGD, Natal S, Felisberto E, Alves CKA, Santos EM. Modelo de avaliação do Programa de Controle da Tuberculose. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Jun; 15(Supl. 1):997-1008.
 11. Neves LMT, Aciole GG. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2011 Abr/Jun; 15(37):551-64.
 12. Naves CR, Brick VS. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(Supl. 1):1525-34.
 13. Portes LH, Caldas MAJ, Paula LT, Freitas MS. Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à Saúde: uma revisão de literatura. *Rev APS*. 2011 Mar; 14(1):111-9.
 14. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Mundo da Saúde*. 2010;34(1):92-6.
 15. Barbosa MG, Ferreira DLS, Furbino SAR. Experiência da fisioterapia Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. *Fisioter Mov*. 2010;23(2):323-30.
 16. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17 (12):3289-300.

Figura 1. Modelo Teórico-Lógico da Avaliação da Atuação do Fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina.

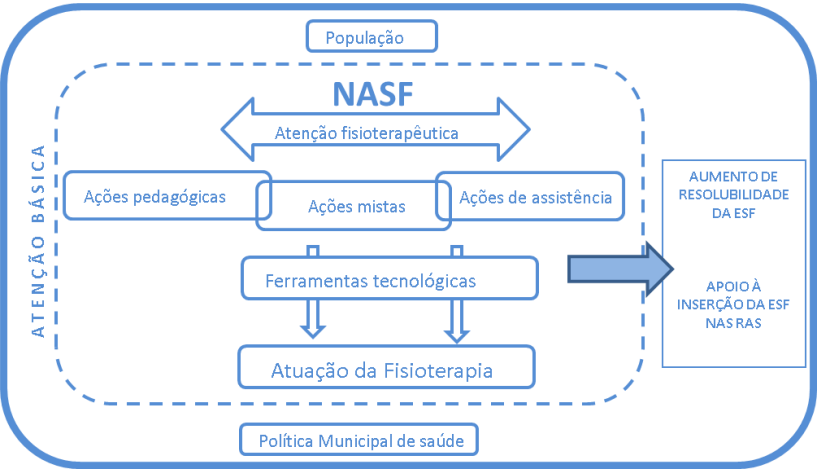


Figura 2. Resultados da avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina.

Município	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS						ATIVIDADES ASSISTENCIAIS		
	AG 1	AG2	AG 3	AM1	AM2	AM3	AE1	AE2	AE3
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

Legenda da Figura 2: ■ – não realizado ■ – realizado parcialmente ■ – realizado

Ações Gerais - **AG1**: identificação de ações adotadas; **AG2**: Identificação de público prioritário; **AG3**: Elaboração de estratégias das atividades dos NASF.

Ações Mistas - **AM1**: Avaliação da situação dos usuários; **AM2**: Desenvolvimento de projetos e ações para pessoas especiais; **AM3**: Orientação para cuidadores e familiares de pessoas especiais.

Ações Específicas - **AE1**: Prevenção de deficiências em todas as idades; **AE2**: Desenvolver ações de reabilitação; **AE3**: Realização de encaminhamento e acompanhamento de órteses, próteses e atendimentos específicos.

Figura 3. Resultados da avaliação da atuação fisioterapêutica no NASF de SC conforme juízo de valor.

MUNICÍPIO	ATIVIDADES PEDAGÓGICAS		ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	TOTAL	
	AG	AM	AE		
1	0	1	2	3	REGULAR
2	2	2	1	5	BOM
3	2	0	2	4	REGULAR
4	0	2	1	3	REGULAR
5	0	0	1	1	RUIM
6	2	0	2	4	REGULAR
7	2	0	0	2	RUIM
8	0	0	0	0	RUIM
9	2	1	2	5	BOM
10	1	0	1	2	RUIM
11	2	1	2	5	BOM
12	2	0	2	4	REGULAR
13	1	0	1	2	RUIM
14	2	0	2	4	REGULAR

Quadro 1. Matriz avaliativa: dimensões, subdimensões, indicadores, medidas e parâmetros de análise.

Dimensões	Subdimensões	Objetivos	Indicadores	Medidas	Parâmetros
Atividades Pedagógicas	Ações Gerais	Desenvolver ações de aprendizagem técnicas referentes a abordagens gerais às ESF	1. Identificar as ações a serem adotadas nas áreas; 2. Identificar público prioritário para as ações; 3. Elaborar estratégias de comunicação das atividades dos NASF;	1. Avaliou a situação inicial do território? 2. Identificou a população alvo do território avaliado? 3. Pactuou o desenvolvimento do processo de trabalho e das metas com equipe?	1. SIM = BOM; NÃO = RUIM 2. SIM = BOM; NÃO = RUIM 3. SIM = BOM; NÃO = RUIM
	Ações Mistas	Desenvolver ações de aprendizagem fisioterapêutica na ESF	1. Desenvolver projetos e ações intersectoriais para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência; 2. Fazer orientação de pessoas com deficiência, cuidadores e ACS para o desempenho funcional frente às características específicas dos indivíduos;	1. Avaliou a situação dos usuários com deficiência? 2. Desenvolveu as atividades de inclusão dos deficientes e atividades para educação e conhecimento do cuidador e/ou responsável? 3. Desenvolveu as atividades de educação para ACS e demais servidores que atuam diretamente com pacientes deficientes que frequentam UBS?	1. + de 80% dos USUÁRIOS = BOM 50 A 79% = REGULAR 49% OU MENOS = RUIM 2. SIM = BOM; NÃO = RUIM 3. SIM = BOM; NÃO = RUIM
Atividades Assistenciais	Ações Específicas	Desenvolver ações fisioterapêuticas assistenciais aos usuários	1. Prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos usuários; 2. Desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos; 3. Realizar encaminhamento e acompanhamento de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde;	1. Propôs medidas preventivas para cada faixa etária atendida? 2. Realizou atendimentos coletivos semanais em cada UBS atendida? 3. Encaminhou pacientes que necessitam de órteses, próteses e atendimentos específicos por outro nível de atenção à saúde?	1. TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS = BOM DE 2 A 3 FAIXAS ETÁRIAS = REGULAR 1 OU NENHUMA FAIXA ETÁRIA = RUIM 2. SIM = BOM - NÃO = RUIM 3. SIM = BOM - NÃO = RUIM

Quadro 2. Classificação da eficácia da atuação fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina.

Dimensões	Subdimensões	Objetivos	Indicadores	Medidas	Parâmetros
Atividades Pedagógicas	Ações Gerais	Desenvolver ações de aprendizagem técnicas referentes a abordagens gerais às ESF	1. Identificar as ações a serem adotadas nas áreas; 2. Identificar público prioritário para as ações; 3. Elaborar estratégias de comunicação das atividades dos NASF;	1. Avaliou a situação inicial do território? 2. Identificou a população alvo do território avaliado? 3. Pactuou o desenvolvimento do processo de trabalho e das metas com equipe?	1. SIM = BOM; NÃO = RUIM 2. SIM = BOM; NÃO = RUIM 3. SIM = BOM; NÃO = RUIM
	Ações Mistas	Desenvolver ações de aprendizagem fisioterapêutica na ESF	1. Desenvolver projetos e ações intersetoriais para a inclusão e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência; 2. Fazer orientação de pessoas com deficiência, cuidadores e ACS para o desempenho funcional frente às características específicas dos indivíduos;	1. Avaliou a situação dos usuários com deficiência? 2. Desenvolveu as atividades de inclusão dos deficientes e atividades para educação e conhecimento do cuidador e/ou responsável? 3. Desenvolveu as atividades de educação para ACS e demais servidores que atuam diretamente com pacientes deficientes que frequentam UBS?	1. + de 80% dos USUÁRIOS = BOM 50 A 79% = REGULAR 49% OU MENOS = RUIM 2. SIM = BOM; NÃO = RUIM 3. SIM = BOM; NÃO = RUIM
Atividades Assistenciais	Ações Específicas	Desenvolver ações fisioterapêuticas assistenciais aos usuários	1. Prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos usuários; 2. Desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos; 3. Realizar encaminhamento e acompanhamento de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde;	1. Propôs medidas preventivas para cada faixa etária atendida? 2. Realizou atendimentos coletivos semanais em cada UBS atendida? 3. Encaminhou pacientes que necessitam de órteses, próteses e atendimentos específicos por outro nível de atenção à saúde?	1. TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS = BOM DE 2 A 3 FAIXAS ETÁRIAS = REGULAR 1 OU NENHUMA FAIXA ETÁRIA = RUIM 2. SIM = BOM - NÃO = RUIM 3. SIM = BOM - NÃO = RUIM

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação que se espera do fisioterapeuta no NASF é do profissional que vai além do modelo biomédico e reabilitador como a Fisioterapia é conhecida; espera-se um profissional que não se atente somente ao “doente”, mas que realize um trabalho global, de forma interdisciplinar, promovendo saúde para a população.

O modelo de avaliação proposto nesta pesquisa permitiu que se avaliasse a eficácia da atuação do fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina, a fim de conhecer a capacidade do programa em atingir os objetivos e metas propostas nas diretrizes.

A partir da pesquisa conheceu-se o perfil do fisioterapeuta do NASF de Santa Catarina sendo ele do sexo feminino, jovem e com menos de 3 anos de formação, explicando ausência de profissionais com formação de pós-graduação completa. Na sua maioria são fisioterapeutas que atuam também como autônomos, em duplo vínculo, mas se dizem satisfeitos com a profissão e a remuneração.

A pesquisa mostrou profissionais que dizem conhecer bem a teoria que se aplica ao NASF, sabendo qual é a importância do profissional no programa, mas ao relacionar a teoria com a prática a realidade muda, tendo que trabalhar conforme a realidade que lhe exige.

Ao avaliar a atuação do fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina, a partir de escores estabelecidos na construção da Matriz Avaliativa conhece-se a realidade de baixo grau de eficácia, com predomínio de conceitos Regular e Ruim, mostrando que sua atuação é deficiente em diversos aspectos propostos pela pesquisa.

Estes achados reafirmam a preocupação de que a atuação do fisioterapeuta nos NASF dos municípios catarinenses ainda está numa fase muito inicial. Como sua formação ainda é orientada para a reabilitação do indivíduo, muitas das atividades que deveriam ser realizadas por um profissional do NASF não estão sendo realizadas pelos fisioterapeutas.

A atuação do fisioterapeuta no NASF é um assunto relevante e que ainda tem muitas vertentes a serem analisadas, o que abre o precedente para novos estudos para que se possa estabelecer novas mudanças e significativas em sua atuação.

REFERÊNCIAS

ALTAMIRANDA, E. E. F. **Perfil do fisioterapeuta no Estado de Santa Catarina**. 2003. [90 f]. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2003.

BAENA, C. P.; SOARES, M. C. F. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde para a inserção da fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. **Fisioter. Mov.** v. 25, n. 2, p. 419-31, abr/jun. 2012.

BARBOSA, E. G.; FERREIRA, D. L. S.; FURBINO, S. A. R. Experiência da fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. Mov.** v. 23, n. 2, p. 323-30, abr/jun. 2010.

BISPO JR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. v. 15, suppl. 1, p. 1627-36, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/074.pdf>>. Acesso em: 12 Nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, n. 201, Seção 1, p. 21082-5, de 16 out. 1996.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria n. 1.065/GM/2005, de 04 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Brasília, **Diário Oficial da União**, Seção 1, Col. 1, p. 45, de 05 jul. 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, Vol. 4).

_____. Portaria n. 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, **Diário Oficial da União**, Seção 1, Col. 2, p. 47, de 25 de janeiro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, **Diário Oficial da União**, Seção I, p. 48, Col. 1, de 24 de Out. 2011.

_____. Presidência da República. Decreto-Lei nº 938, de 13 de Outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 14 out. 1969; ratificado em 16 out. 1969.

_____. Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 16805, de 18 de dezembro de 1975.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, p. 18.055, de 20 de setembro de 1990.

_____. Lei n. 8.856, de 1º de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Brasília, **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 002957, de 02 de março de 1994.

BIREME/OPAS/OMS. BVS - Biblioteca Virtual em Saúde. Brasil,

2011/2012. Disponível em:

<<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>. Acesso em: agosto de 2012.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CERVATO-MANCUSO, A. M. *et al.* A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 17, n. 12, p. 3289-300, 2012.

COFFITO. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº 10/COFFITO, de 03 de julho de 1978. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Brasília, **Diário Oficial da União**, nº 182, Seção I, Parte II, páginas 5265-8, de 22 setembro de 1978.

_____. Resolução n. 80, de 09 de maio de 1987. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8, relativa a o exercício profissional do fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, n. 093, Seção I, p. 7.609, de 21 de maio de 1987.

_____. Resolução n. 363/2009, de 20 de maio de 2009. Reconhece a Fisioterapia em Saúde Coletiva como especialidade do profissional Fisioterapeuta e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, n. 112, Seção 1, p. 42, de 16 de junho de 2009.

_____. Resolução nº. 377/2010, de 11 de junho de 2010. Dispõe sobre as normas e procedimentos para o registro de títulos de especialidade profissional em Fisioterapia e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, n. 133, Seção 1, p. 921-3, de 14 de julho de 2010.

_____. Resolução nº 387/2011, de 08 de junho de 2011. Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Fisioterapêuticos nas diversas modalidades prestadas pelo fisioterapeuta e dá outras providências.

Brasília, **Diário Oficial da União**, n. 115, Seção 1, p. 164, em 16 de junho de 2011.

COLUSSI, C. F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina**. 2010. 298 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec, 1994.

COURY, H. J. C. G.; VILELLA, I. Perfil do pesquisador fisioterapeuta brasileiro. **Rev. Bras. Fisioter.** v. 13, n. 4, p. 356-63, jul./ago. 2009.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. Bras. Enferm.** v. 59, n. 4, p. 532-7, jul.-ago. 2006.

FREISLEBEN, V. S.; BEZERRA, F. M. Ainda existe discriminação salarial contra as mulheres no mercado de trabalho da região sul do Brasil? Evidências para os anos de 1998 a 2008. **Rev. Cad. Econ.** v. 16, n. 30-31, p. 51-65, dez. 2012.

FREITAS, M. S. **A atenção básica como campo de atuação da fisioterapia no Brasil**: as diretrizes curriculares resignificando a prática profissional. 2006. 183f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

GOMES, K. O. *et al.* Atenção Primária à Saúde - a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 16, Supl. 1, p. 881-92, 2011.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação n. 023/CIB/09, de 24 de abril de 2009. A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 140ª reunião ordinária do dia 24 de abril de 2009. Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/legislacao/deliberacoes/cib_2009/DELIBERACAO%20023-CIB-24-04-09.doc>. Acesso em: 15 de junho de 2012.

IGNÁCIO, P. S. **Caminhos para a avaliação**: a construção de uma proposta de avaliação de dispositivos que favorecem a diretriz de clínica ampliada da Política Nacional de Humanização na atenção básica. 2011. 168 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

MECCA JR, S. V. **A inserção e a atuação do fisioterapeuta no programa saúde da família no município de Lauro Freitas – BA**. 2008. 168 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) - Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2008.

MIRANDA, F. A. C. **Fisioterapia na atenção básica**: uma proposta de apoio. 2011. 207f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2011.

MOLINI-AVEJONAS, D. R.; MENDES, V. L. F.; AMATO, C. A. H. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.** São Paulo, v. 15, n. 3, p. 465-74, 2010.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo. v. 34, n. 1, p. 92-6, 2010.

NAVES, C. R.; BRICK, V. S. Análise quantitativa e qualitativa do nível de conhecimento dos alunos do curso de fisioterapia sobre a atuação do fisioterapeuta em saúde pública. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 16, Supl. 1, p. 1525-34, 2011.

NEVES, L. M. T.; ACIOLE, G. G. Desafios da integralidade: revisitando as concepções sobre o papel do fisioterapeuta na equipe de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**. v. 15, n. 37, p. 551-64, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, L. G. D. *et al.* Modelo de Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p. 997-1008, jun. 2010.

PORTES, L. H. *et al.* Atuação do Fisioterapeuta na Atenção Básica à

Saúde: uma revisão de literatura. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p.111-19, jan/mar. 2011.

RAGASSON, C. A. P. *et al.* **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: reflexões a partir da prática profissional** [Monografia na Internet]. 1998. Disponível em: <http://www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes_psf.rtf>. Acesso em: 15 de junho de 2012.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999. 312p.

RESENDE, M. *et al.* A equipe multiprofissional da ‘Saúde da Família’: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p.1403-10, 2009.

RODRIGUES, M. R. A fisioterapia no contexto da política de saúde no Brasil: aproximações e desafios. **Rev. Perspectivas**. v. 2, n. 8, p. 104-9, 2008.

RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Comun. Ciênc. Saúde**. Brasília (DF), v. 21, n. 3, p. 261-66, fev. 2011.

SCARATTI, D. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses**. 2007. 213f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SILVA, A. T. C. *et al.* Núcleos de Apoio a Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão de profissionais de Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 11, p. 2076-84, Nov. 2012.

SILVA, D. J.; DA RÓS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 12, n. 6, p. 1673-81, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1079-97, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE POS-GRADUACAO EM SAUDE COLETIVA
Campus Universitário, Trindade – CEP 88040-900 - 48-3721 9847

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: Avaliação da atuação fisioterapêutica nos NASF de Santa Catarina.

Eu, _____
confirmando que a pesquisadora Franciane Wessner Padilha discutiu comigo este estudo.

Eu compreendi que:

A pesquisa realizada é pré-requisito para pesquisadora obter o título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O objetivo do estudo é avaliar a atuação do fisioterapeuta no NASF de Santa Catarina.

A coleta de dados se dará através de pesquisa por meio da avaliação conforme o que rege as diretrizes do NASF federal.

Minha participação nesta pesquisa consiste em permitir que pesquisadora pesquise o serviço de fisioterapia no NASF de SC e em responder algumas questões.

Estou ciente de que a minha conduta e minhas respostas fornecidas não serão objeto de avaliação direta, apenas subsidiária a compreensão

do serviço de Fisioterapia no NASF de Santa Catarina.

Eu posso escolher participar ou não deste estudo, e posso desistir de participar em qualquer momento. Minha decisão em participar não trará benefícios pessoais além da informação que receberei por parte da pesquisadora. Também estou ciente de que, participando ou não, a pesquisa não implicará em prejuízos pessoais.

Todos os dados contidos em minha entrevista são sigilosos, somente serão utilizados para esta pesquisa. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar minha identificação.

Receberei uma cópia deste documento onde consta o telefone e o endereço institucional além do e-mail da pesquisadora e o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, possibilitando-me tirar dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou a qualquer momento.

Assim, eu concordei em participar da pesquisa possibilitando a avaliação da atuação do fisioterapeuta no NASF de SC pela pesquisadora e respondendo algumas questões.

Assinatura: _____

RG: _____ Data: ____/____/____.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC: (48) 3721 9206

E-mail da pesquisadora: franciwessner@gmail.com

**APÊNDICE B – Questionário de Avaliação do Perfil do
Fisioterapeuta Atuante no NASF de Santa Catarina**

**PERFIL DO FISIOTERAPEUTA QUE ATUA NO NASF EM
SANTA CATARINA**

01 – SEXO:

1 – () MASCULINO

2 – () FEMININO

02 – IDADE: _____

03 – NACIONALIDADE:

1 – () BRASILEIRA

2 – () ESTRANGEIRA

04 – NATURALIDADE (Sigla Unidade da Federação): _____

05 – CIDADE DE RESIDÊNCIA: _____

06 – INSTITUIÇÃO DE CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO:

1 – () PÚBLICA

2 – () PRIVADA

07 – ESTADO QUE CONCLUIU GRADUAÇÃO (SIGLA): _____

08 – ANO DE CONCLUSÃO: _____

09 – HÁ OUTRA GRADUAÇÃO:

1 – () SIM QUAL:

2 – () NÃO

10 – POSSUI PÓS-GRADUAÇÃO:

1 – () CURSO DE APERFEIÇOAMENTO (180 A 360H DE DURAÇÃO)

2 – () CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO (ACIMA DE 360H DE DURAÇÃO)

3 – () MESTRADO

4 – () DOUTORADO

5 – () NÃO

11 – HÁ TÍTULO DE ESPECIALISTA RECONHECIDO PELO COFFITO:

1 – () SIM QUAL: _____

2 – () NÃO

12 – PARTICIPOU DE ALGUM CONGRESSO CIENTÍFICO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, ENQUANTO PROFISSIONAL, RELACIONADO À ATIVIDADE FISIOTERAPEUTICA:

1 – () SIM

2 – () NÃO

3 – () FORMADO A MENOS DE 3 ANOS

13 – SE A RESPOSTA ANTERIOR FOR **SIM**, INFORME A FORMA DE PARTICIPAÇÃO DO CONGRESSO:

1 – () ASSISTENTE

2 – () PALESTRANTE

3 – () COMISSÃO ORGANIZADORA

4 – () APRESENTAÇÃO DE TRABALHO CIENTÍFICO

14 – QUAL REVISTA OU JORNAL TÉCNICO CIENTÍFICO RELACIONADO COM SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL QUE VOCÊ LÊ: _____

15 – É MEMBRO DE ALGUMA SOCIEDADE CIENTÍFICA:

1 – () SIM QUAL: _____

2 – () NÃO

16 – SENTE NECESSIDADE DE APRIMORAR SEUS CONHECIMENTOS:

1 – () SIM

2 – () NÃO

17 – SE RESPOSTA ANTERIOR FOR **SIM**, QUAL MODALIDADE VOCÊ ESCOLHERIA PARA SEU APRIMORAMENTO:

1 – () CURSO DE PEQUENA DURAÇÃO

2 – () CURSO DE APERFEIÇOAMENTO ENTRE 180 A 360H DE DURAÇÃO

3 – () CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO (A PARTIR DE 360H DE DURAÇÃO)

4 – () MESTRADO

5 – () DOUTORADO

6 – TRABALHANDO EM OUTRA INSTITUIÇÃO

18 – A FISIOTERAPIA É O ÚNICO EXERCÍCIO PROFISSIONAL QUE VOCÊ EXERCE:

- 1 – () SIM
2 – () NÃO QUAL: _____

19 – QUAL SUA JORNADA DE TRABALHO NO NASF:

- 1 – () 20H
2 – () 30H
3 – () 40H

20 – ATUA COMO FISIOTERAPEUTA ALÉM DO NASF, PROFISSIONAL LIBERAL OU VÍNCULADO EM OUTRA CLÍNICA OU INSTITUIÇÃO:

- 1 – () SIM COMO: _____
2 – () NÃO

21 – É FILIADO OU ASSOCIADO A ALGUMA ENTIDADE DE CLASSE, SINDICATO OU ASSOCIAÇÃO, ALÉM DO CONSELHO REGIONAL:

- 1 – () SIM QUAL: _____
2 – () NÃO

22 – PARTICIPA OU PARTICIPOU DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE:

- 1 – () SIM
2 – () NÃO

23 – QUAL É O GRAU DE SATISFAÇÃO DA PROFISSÃO COMO FISIOTERAPEUTA:

- 1 – () MUITO BOM
2 – () BOM
3 – () REGULAR
4 – () RUIM

24 – QUAL SEU RENDIMENTO MÉDIO MENSAL, CONSIDERANDO TODOS OS VÍNCULOS ATUANDO COMO FISIOTERAPEUTA:

- 1 – () ATÉ R\$ 1.000,00
2 – () R\$ 1.001,00 A R\$ 2.000,00
3 – () R\$ 2.001,00 A R\$ 3.000,00
4 – () 3.001,00 A 4.000,00
5 – () 4.001,00 A 5.000,00
6 – () ACIMA DE 5.000,00

25 – REALIZADA ATIVIDADES DE APERFEIÇOAMENTOS RELACIONADAS AS ATIVIDADES DA ATENÇÃO BÁSICA NASF:

1 – () SIM QUAL: _____

2 – () NÃO

26 – PARTICIPA DE GRUPOS DE ESTUDOS/ TROCAS DE EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS A ATUAÇÃO NO NASF:

1 – () SIM

2 – () NÃO

27 – DURANTE A SUA FORMAÇÃO VOCÊ TEVE DISCIPLINAS QUE ESTAVAM INTIMAMENTE LIGADAS COM A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA ATENÇÃO BÁSICA NASF:

1 – () SIM

2 – () NÃO

28 – SUA FORMAÇÃO NA GRADUAÇÃO DIFERE MUITO DA SUA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:

1 – () SIM

2 – () NÃO

29 – VOCÊ ENTENDE QUAL É A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NO NASF:

1 – () SIM

2 – () NÃO

30 – CONFORME PERGUNTA ANTERIOR, EXPLIQUE COMO VOCÊ ATUA NO NASF DE SEU MUNICÍPIO:

_____.

**APÊNDICE C - Questionário de Avaliação da Atuação
Fisioterapêutica no NASF de Santa Catarina**

ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO NASF DE SANTA CATARINA

- 01 – QUANTOS NASF EXISTEM EM SEU MUNICÍPIO: _____
- 02 – DESTES NASF, QUAL É O NÚMERO DE FISIOTERAPEUTAS ATUANTES: _____
- 03 – QUAL A CARGA HORÁRIA DO FISIOTERAPEUTA:
1 – () 20H
2 – () 30H
3 – () 40H
- 04 – O FISIOTERAPEUTA TEM FORMAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA:
1 – () SIM
2 – () NÃO
- 05 – O FISIOTERAPEUTA PARTICIPA DA AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DO TERRITÓRIO ONDE ATUA:
1 – () SIM
2 – () NÃO
- 06 – CONFORME PERGUNTA ANTERIOR, EXEMPLIFIQUE A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA AVALIAÇÃO DO TERRITÓRIO: _____.
- 07 – MEDIANTE A AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO DO TERRITÓRIO, COMO SE FAZ A IDENTIFICAÇÃO DO PÚBLICO QUE O FISIOTERAPEUTA IRÁ ATENDER: _____.
- 08 – EXISTE A PACTUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA COM ESF PERANTE O PROCESSO DE TRABALHO E METAS QUE ELE DESENVOLVE:
1 – () SIM
2 – () NÃO

- 09 – QUAL A FREQUÊNCIA DAS REUNIÕES DE EQUIPE QUE O FISIOTERAPEUTA PARTICIPA:
- 1 – () SEMANAL
 - 2 – () QUINZENAL
 - 3 – () MENSAL
 - 4 – () NÃO PARTICIPA
- 10 – QUAL É A MÉDIA MENSAL DE VISITAS DOMICILIARES QUE O FISIOTERAPEUTA EFETUA: _____
- 11 – INDIQUE QUAIS SÃO ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE QUE O FISIOTERAPEUTA PARTICIPA: _____
- 12 – QUAL PERCENTUAL DE PACIENTES COM DEFICIÊNCIA DO SEU TERRITÓRIO O FISIOTERAPEUTA ATENDE:
- 1 – () 80% OU MAIS
 - 2 – () 50 A 80%
 - 3 – () ABAIXO DE 50%
- 13 – O FISIOTERAPEUTA REALIZA ATIVIDADES PARA OS PACIENTES DEFICIENTES PARA SUA INCLUSÃO NA SOCIEDADE:
- 1 – () SIM
 - 2 – () NÃO
- 14 – O FISIOTERAPEUTA REALIZA GRUPOS DE CUIDADORES:
- 1 – () SIM
 - 2 – () NÃO
- 15 – O FISIOTERAPEUTA REALIZA ATIVIDADES COM OS ACS E OS SERVIDORES DA UBS QUE ATENDEM DIRETAMENTE OS DEFICIENTES DO SEU TERRITÓRIO:
- 1 – () SIM
 - 2 – () NÃO
- 16 – O FISIOTERAPEUTA REALIZA GRUPOS TERAPÊUTICOS PARA DIFERENTES FAIXAS DE IDADE (INFÂNCIA, JOVENS, ADULTOS E IDOSOS):
- 1 – () TODAS AS FAIXAS ETÁRIAS
 - 2 – () 2 A 3 FAIXAS ETÁRIAS
 - 3 – () 0 A 1 FAIXA ETÁRIA

17 – O FISIOTERAPEUTA REALIZA ATENDIMENTOS COLETIVOS PARA REABILITAÇÃO DOS PACIENTES:

1 – () SIM

2 – () NÃO

18 – O FISIOTERAPEUTA REALIZA ENCAMINHAMENTOS DE PACIENTES COM NECESSIDADES DE PRÓTESES E ÓRTESES OU PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS DE OUTRO NÍVEL DE ATENÇÃO À SAÚDE:

1 – () SIM

2 – () NÃO

19 – O FISIOTERAPEUTA REALIZA ATIVIDADES VISANDO A ADAPTAÇÃO DESTA PACIENTE QUE UTILIZA PRÓTESE E ÓRTESE E SEUS CUIDADORES:

1 – () SIM

2 – () NÃO

ANEXOS

ANEXO A – Quadro com informações do COFFITO sobre os Parâmetros de Assistência Fisioterapêutica Hospitalar, Ambulatorial e Domiciliar

ANEXO I - PARÂMETROS DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR

Quadro 1. Hospitalar: Enfermarias/ Leito Comum

Cliente/ paciente de cuidados mínimos Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, auto-suficiente nas necessidades humanas básicas.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	2
	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	10
Exemplos: Clientes/Pacientes traumáticos, ortopédicos, reumatológicos, de clínica geral, em pós-cirúrgico tardio e outros que se enquadrem ao perfil de cliente/paciente de cuidados mínimos.		

Quadro 2. Hospitalar: Enfermarias/ Unidades Especializadas

Cliente/ paciente de cuidado intermediário Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, com parcial dependência nas necessidades humanas básicas.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	2
	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	8
Exemplos: Clientes/pacientes neurológicos, queimados, com comprometimentos cardio-respiratórios, oncológicos, uroginecológicos e de obstetrícia, pediátricos, geriátricos, hemofílicos, com distúrbios renais em hemodiálise ou não, em pré e pós-operatório Imediato de todas as clínicas e outros que se enquadrem ao perfil de cliente/paciente de cuidados intermediários.		

Quadro 3. Hospitalar: Unidade de Terapia Intensiva/ Semi-Intensiva/
Urgência/Emergência (Adulto)

Cliente/ paciente de cuidado semi-intensivo Cliente/paciente recuperável, sem risco e eminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	1
Cliente/ paciente de cuidado intensivo Cliente/paciente grave com risco iminente de morte, passíveis e sujeitos a instabilidade das funções vitais, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	6
Observação: Cliente/paciente com idade igual ou superior a 13 anos		

Quadro 4. Hospitalar: Unidade de Terapia Intensiva/ Semi-Intensiva/Urgência/Emergência - (Neonatal e Pediátrico)

Cliente/ paciente de cuidado semi-intensivo Cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	1
Cliente/ paciente de cuidado intensivo Cliente/paciente grave com risco iminente de morte, passíveis e sujeitos a instabilidade das funções vitais, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	6
Observação: Cliente/paciente neonato e pediátrico até 12 anos e 11 meses		

ANEXO II - PARÂMETROS DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA AMBULATORIAL

Quadro 1. Ambulatorial: Geral

Cliente/ paciente de cuidados mínimos Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, auto-suficiente nas necessidades humanas básicas.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	2
	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	12
Exemplos: Clientes/Pacientes traumáticos, ortopédicos, reumatológicos, de clínica geral, em pós-cirúrgico tardio e outros que se enquadrem ao perfil de cliente/paciente de cuidados mínimos.		

Quadro 2. Ambulatorial: Diferenciado/Especializado (ambulatórios especializados)

Cliente/ paciente de cuidado intermediário Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, com parcial dependência nas necessidades humanas básicas.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	2
	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	8

Nota explicativa: Para efeito desta Resolução considera-se ambulatório especializado aqueles destinados ao atendimento exclusivo e diferenciado de clientes/pacientes neurológicos, queimados, com comprometimentos cardiorrespiratórios, oncológicos, pediátricos, geriátricos e outros que se enquadrem ao perfil de cliente/paciente de cuidados intermediários, atendidos em ambulatórios especializados.

Quadro 3. Ambulatorial: Diferenciado/Especializado (ambulatórios especializados terapias manuais e manipulativas como osteopatia, quiropraxia, crochetação e outras, cadeias musculares, pilates, terapias de reeducação postural, condicionamento funcional, acupuntura, práticas integrativas e complementares em saúde e outras)

Cliente/ paciente de cuidados mínimos Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, auto-suficiente nas necessidades humanas básicas.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	2
	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	8

Quadro 4. Ambulatorial: Hidroterapia (Fisioterapia Aquática)

Cliente/ paciente de cuidado mínimo Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, auto-suficiente nas necessidades humanas básicas.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	2
	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	12
Cliente/ paciente de cuidado intermediário Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, com parcial dependência nas necessidades humanas básicas.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	2
	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	6

Quadro 5. Ambulatorial: Grupo
(Pilates, terapias de reeducação postural, recondicionamento funcional,
práticas integrativas e complementares em saúde e outras)

Cliente/ paciente de cuidado mínimo Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, auto-suficiente nas necessidades humanas básicas.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	1
	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente em grupo	Grupo de 6 clientes/pacientes por hora

Notas explicativas:

- a – Para efeito desta Resolução os clientes/pacientes aptos ao atendimento em grupo são aqueles com quadros crônicos, estabilizados, em condições físicas satisfatórias e que concordem em participar desta modalidade de atendimento.
- b – Os clientes/pacientes que estão em condição de manutenção do quadro e/ou de prevenção e recondicionamento funcional também estão aptos ao atendimento em grupo desde que concordem.
- c – Os grupos de clientes/pacientes deverão ser organizados pelo fisioterapeuta de modo que haja um equilíbrio entre os diversos tipos de perfil de clientes/pacientes e estados de saúde.

ANEXO III - PARÂMETROS DE ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA DOMICILIAR

Quadro 1. Domiciliar / HOME Care

Cliente/ paciente de cuidado mínimo Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, auto-suficiente nas necessidades humanas básicas.	Consulta por hora (quantitativo) 1ª Consulta e Consultas posteriores (anamnese, exame físico e exames complementares)	1
Cliente/ paciente de cuidado intermediário Cliente/paciente estável sob ponto de vista clínico e fisioterapêutico, com parcial dependência nas necessidades humanas básicas. Cliente/Paciente de cuidados semi-intensivos Cliente/paciente recuperável, sem risco iminente de morte, passíveis de instabilidade das funções vitais, requerendo assistência fisioterapêutica individualizada.	Atendimento por turno de 6 horas (quantitativo) Assistência prestada pelo Fisioterapeuta ao cliente/paciente individualmente.	6

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética - UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO NASF DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Franciane Wessner

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12302713.1.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 242.938

Data da Relatoria: 08/04/2013

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO NASF DE SANTA CATARINA

Pesquisador: Franciane Wessner

Projeto de pesquisa enviado com carta de respostas as pendências deste Cep. As pendências foram sanadas.

O TRABALHO CONSISTE EM UMA PESQUISA AVALIATIVA COM O INTUITO DE AVALIAR A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS NASF DE SANTA CATARINA, A PARTIR DE QUESTIONÁRIO APLICADO AOS COORDENADORES DE NASF DOS MUNICÍPIOS ONDE HÁ A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA E QUESTIONÁRIO APLICADO AOS FISIOTERAPEUTAS QUE TRABALHAM NOS NASF PARA CONHECER O PERFIL DESTES PROFISSIONAIS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a atuação fisioterapêutica no NASF do Estado de Santa Catarina.

Objetivo Secundário:

Estabelecer o perfil das equipes de NASF de Santa Catarina com a atuação do profissional de Fisioterapia.

Desenvolver matriz avaliativa da atuação

fisioterapêutica no NASF. Aplicar o modelo de avaliação nos NASF de Santa Catarina.

Endereço: Campus Universitário Rector João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9205

Fax: (48)3721-9096

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não se aplica, pois o questionário não possui questões que possam constranger ou intimidar os participantes, logo que o mesmo tem o livre arbítrio de participar ou não.

Benefícios:

Conhecimento da atuação fisioterapêutica nos NASF em SC.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e está adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas foram sanadas.

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 10 de Abril de 2013

Assinador por:
Andréa Ferreira Delgado
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9096

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br